Учебник для вузов



Под редакцией Б. Д. Карвасарского

Клиническая психология

- Становление и развитие
- Теоретико-методологические основы
- Нейро- и патопсихология
- Основы психосоматики
- Психология аномального развития
- Психология отклоняющегося поведения
- Психологическое воздействие в клинике
- Организационные аспекты
- Психологический практикум

4-е издание


УЧЕБНИК
ДЛЯ ВУЗОВ



Под редакцией Б. Д. Карвасарского

Клиническая психология

4-е издание, переработанное и дополненное

Рекомендовано Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в качестве учебника для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков Минск
2011

ББК 88.48я7
УДК 616.89(075)
К49

К49 Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2011. — 864 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

ISBN 978-5-459-00808-1

Четвертое, переработанное и дополненное, издание учебника (предыдущие вышли в 2002, 2006, 2007 гг.) создано авторским коллективом, объединяющим ведущих специалистов по клинической психологии, под общей редакцией профессора Б. Д. Карвасарского, главного специалиста-эксперта по психотерапии Росздравнадзора МЗ и СР РФ, председателя Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАМН.

Книга предназначена для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии, а также для врачей общей практики.

ББК 88.48я7
УДК 616.89(075)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-459-00808-1

© ООО Издательство «Питер», 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список авторов

Абабков Валентин Анатольевич
Бизюк Александр Павлович
Володин Николай Николаевич
Головей Лариса Арсеньевна
Исурина Галина Львовна
Казаковцев Борис Алексеевич
Карвасарский Борис Дмитриевич
Козина Наталья Викторовна
Колотильщикова Екатерина Андреевна
Мизинова Елена Борисовна
Назыров Равиль Каисович
Подсадный Сергей Александрович
Соловьева Светлана Леонидовна
Свенцицкий Анатолий Леонидович
Чехлатый Евгений Иванович

ПРЕДИСЛОВИЕ

Появление учебника по клинической психологии в системе подготовки врачей свидетельствует о переменах в медицине и здравоохранении нашей страны. Пройден длинный путь от почти полного игнорирования психологических знаний и самой психологической науки в середине прошедшего XX в. до признания клинического психолога в качестве необходимого партнера врача. Холистическое ви́дение больного человека, получающее все больший отклик среди работников здравоохранения, ведет к реальному внедрению модели, которая любое заболевание и лечебный подход к нему проецируют одновременно в биологическую, психологическую и социальную плоскости.

Интерес врачей к психологии при «биологической» по преимуществу ориентации их подготовки обусловлен все более убедительным диагностическим, лечебным и реабилитационным опытом последних лет, научными дискуссиями ведущих специалистов мира, рассматривающих психологию как дополнение к двум другим базисным медицинским наукам — патологической анатомии и патологической физиологии, развитие которых во многом определило формирование медицины и ее успехи.

Если исходить из того, что лишь 10–15% деятельности здравоохранения реализует лечебно-оздоровительный потенциал здоровья человека, то это верно лишь при условии, что усилия врачей и иного медицинского персонала сосредоточены на «биологическом» его лечении. При более широком подходе к заболеванию и лечению обнаруживаются дополнительные ресурсы, предоставляемые психологией.

«Внутренняя картина болезни» — термин, которым обозначают личностные механизмы, определяющие системный ответ человека на болезнь, возможности его выздоровления и улучшения качества жизни. При неблагоприятном стечении обстоятельств предшествующего психологического развития человек может рассматривать свою болезнь как трудно- или неизлечимую, что непременно скажется на результативности лечебно-реабилитационных мероприятий. Известно, что примерно у 60% пациентов, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте, прогноз во многом зависит от типа отношения к болезни.

Другая проблема, также имеющая психологические корни, — проблема комплаенса — взаимопонимания пациента и врача и согласия первого с назначенным лечением, сформированным в процессе их взаимодействия, что важно для всех областей медицины, особенно для фтизиатрии, кардиологии и психиатрии. Больному, не выполняющему или частично выполняющему врачебные назначения, трудно добиться устойчивого терапевтического результата.

В поле зрения психологов и так называемый синдром эмоционального выгорания медицинских работников, обусловленный в первую очередь неконструктивным характером взаимодействия врача с конфликтными больными и их родственниками, с проблемами, возникающими при деятельности самих медицинских коллективов.

Изменяется содержание работы медицинского психолога в учреждениях здравоохранения. Сегодня это специалист, в обязанности которого входит участие как в психодиагностических и психокоррекционных мероприятиях, так и в лечебном процессе в целом. Создана «бригадная» модель оказания медицинской помощи, возникшая первоначально в психотерапевтической и психиатрической службах. В перспективе ее принципы найдут признание и в других областях здравоохранения, поскольку за ними будущее — более высокий уровень профессионально и гуманистически ориентированной медицины. В центре бригады в качестве функционального подразделения лечащий врач, работающий совместно с психотерапевтом, клиническим психологом и специалистом по социальной работе. В соответствии с биопсихосоциальной парадигмой медицины каждый из них выполняет свой диагностический, лечебный и реабилитационный план под руководством и в тесном сотрудничестве с лечащим врачом. Разумеется, скорость распространения бригадных форм работы в здравоохранении будет зависеть от наличия психологических кадров. Психология в здравоохранении тогда станет массовой специальностью, когда важность участия психологов в работе лечебно-профилактических учреждений будет осознана медицинским, и в первую очередь врачебным, сообществом. Пока, к сожалению, врачебные коллективы к этому не готовы. Сказывается эффект первичной информации — известная ранее воспринимается как более достоверная. В связи с этим психология может быть принята медиками только на самых ранних этапах обучения врачебной специальности — на студенческой скамье.

Изменения коснулись и самого понятия «медицинская психология». Смена названия медицинской психологии на клиническую отражает начавшийся в последнее десятилетие процесс ее интеграции в мировую психологию. В нашей стране было принято название «медицинская психология». Ко времени выхода в свет учебника оно сохраняется для одноименной научной дисциплины Высшей аттестационной комиссии и должности в медицинском учреждении. В качестве психологической и медицинской науки ее задачей является взаимное обогащение теории и практики медицины и психологии. Оба термина при всей их близости имеют существенные различия. Первый из них («клиническая психология») претендует на целостную научную и практическую психологическую дисциплину, а второй («медицинская психология») выступает как собирательный образ области и места применения психологической специальности. В настоящее время психологическая дисциплина, интегрируемая в здравоохранение нашей страны, также получила наименование «клиническая психология», и в ближайшем будущем, очевидно, такое же название будет принято и для наименования должности психолога в лечебно-профилактическом учреждении.

Важно подчеркнуть тот факт, что клинический психолог — это специалист, который может работать и в учреждениях другого профиля — образования, социальной

защиты и др., там, где необходимы углубленное изучение личности человека и оказание ему психологической помощи. По окончании вуза клинический психолог проходит традиционное для здравоохранения последипломное обучение с целью применения психологических знаний в лечебно-профилактических учреждениях.

Предлагаемый учебник — первая попытка дать студентам медицинских вузов системные знания по психологии и определить ее роль в здравоохранении. В нем представлены основные области психологии, преподаваемые сегодня в медицинских вузах: общая, социальная и клиническая психология. Авторский коллектив надеется, что эти знания окажутся полезными врачу, как для собственной практики, так и для понимания особенностей работы клинического психолога в медицине.

Ожидается, что новое столетие станет временем сближения и взаимопотенцирования разных наук и областей социальной практики. В медицине это коснется более тесного сближения с психологией, а исход этого процесса в меньшей степени будет зависеть от новых теоретических моделей, чем от позиции каждого врача, который сумеет в своем пациенте увидеть не только страдающего человека, но и уникальную личность, болезнь которой преломляется через ее неповторимый опыт и историю жизни.

Эта книга является результатом совместных усилий и сотрудничества представителей двух профессий. Ее задача — передать будущим врачам не только новые знания, но и объединительную силу двух самостоятельных, но очень близких по сути миров — медицины и психологии.

Авторы выражают благодарность М. Перре, И. А. Горьковой, С. С. Меленевской за предоставленные материалы, использованные в учебнике.

Все пожелания и критические замечания будут учтены при последующих изданиях книги.



ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

Введение в психологию ■

Психические процессы ■

Психические состояния ■

Личность и индивидуальность ■

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ

Предмет психологии. Каждая конкретная наука отличается от других наук особенностями своего предмета. Специфический круг явлений, которые изучает психология, выделяется достаточно отчетливо — это ощущения, восприятия, мысли, чувства, желания — все то, что составляет внутренний мир человека. Сам термин «психология» происходит от двух греческих слов «psyche» — душа и «logia» — знание, понимание и означает учение о душе.

Соотношение сознания, мыслей, чувств, т. е. всего того, что составляет внутренний мир человека, с одной стороны, и явлений материального мира — с другой, — одна из труднейших проблем, когда-либо стоявших перед человеческой мыслью.

Вопрос о соотношении материи и сознания, материального мира и духовных феноменов является также основным вопросом философии. В зависимости от того, как он решается, все ученые делятся на два противоположных лагеря: идеализма и материализма.

Идеализм рассматривает сознание, психику как первичную, существующую независимо от материального мира, субстанцию. Развивая учение о душе, Платон считал, что душа первична, существует независимо от тела; душа — это идея, вечная, бессмертная. Природа, материя рассматриваются как вторичное, производное от духа, идей, сознания. В современных условиях идеализм редко предстает как открытое признание особой нематериальной сущности души. Чаще всего он представлен в виде *дуализма*, который берет свое начало от учения крупнейшего естествоиспытателя XVII в. Декарта. Он ввел в психологию два понятия: рефлекса и сознания. Его дуализм заключается в том, что он противопоставил материю и дух, считая, что материальными, рефлекторными по своей сути являются только элементарные, психические акты, которые осуществляются машинообразно. Высшие психические проявления, дух, сознание существуют сами по себе, независимо от мозга. На почве дуализма в психологии XIX в. широкое распространение получила теория так называемого психофизического параллелизма, утверждающая, что психическое и физическое существуют параллельно, независимо друг от друга. С других позиций к сущности психических явлений подходит материализм. С точки зрения материализма психические явления являются результатом жизнедеятельности материи, мозга. Материя рассматривается как первичная основа, субстрат, носитель психики. Материалистические идеи берут свое начало от таких древнегреческих мыслителей, как Гераклит, для кото-

рого материальным началом всего был огонь; Демокрит с его учением о мельчайших атомах души. Но наиболее определенно материалистические тенденции в изучении психического развил Аристотель в своем трактате «О душе». Он признает единство души и тела, сама душа мыслится им как целое и не делимое на части. Ощущения и восприятия выступают как исходные формы познавательной деятельности, на основе которых формируются более сложные формы психического. Он разработал учение о способностях души и гуморальную теорию темперамента, развивая, таким образом, материалистические представления о душе. В материалистической психологии первичность материи и вторичность сознания доказываются тем, что психика возникает только на определенных этапах развития материи, а именно на ее высших ступенях — так называемое филогенетическое доказательство. Доказательством того, что мозг является субстратом психической деятельности, являются нарушения ее при поражениях мозга. Это — патопсихологическое доказательство. И наконец, онтогенетическое доказательство заключается в том, что постепенное созревание и развитие нервной системы в процессе возрастного развития создает необходимую основу для психического развития человека.

Таким образом, по своему субстрату психика — свойство высокоорганизованной материи. По своему содержанию психика является *отражением* объективной действительности. Отражение есть взаимодействие, при котором одни явления своими воздействиями представлены или отражены в других. Свойство отражения присуще всей материи. Каковы особенности психического отражения?

Во-первых, это отражение *идеально*, так как это образ предмета или понятие, а не сам предмет.

Во-вторых, психическое отражение *субъективно*. Субъективность психического отражения можно рассматривать в двух планах.

1. Любое внешнее воздействие преломляется через внутренние условия. В психическом отражении такими внутренними условиями могут быть психические состояния, особенности нервной системы, личности, темперамента; прошлый опыт, возраст, пол человека и др. Рассмотрим пример такой опосредованности внешних воздействий свойствами нервной системы. Известно, что условия стресса, повышенной ответственности по-разному действуют на людей в зависимости от силы нервной системы: у представителей слабого типа нервной системы снижается продуктивность деятельности, повышается количество ошибок, появляется растерянность, растет тревога. При сильной нервной системе, напротив, возникают повышение продуктивности и точности деятельности, собранность, подавление тревоги.

2. Другой смысл субъективности психического отражения заключается в принадлежности психического индивиду, недоступности для постороннего наблюдения. По этому поводу известные американские психологи Миллер, Галантер и Прибрам пишут следующее: «Восприятия, представления, мысли, чувства — все психические явления “трагически невидимы”». Отсюда зародились идеалистические концепции принципиальной непознаваемости психического — *агностицизм* в психологии. Кант писал о том, что «попытка заглянуть в психическое — это попытка глаза увидеть самого себя или глупая попытка человека выглянуть в окно,

чтобы увидеть самого себя идущим по улице». На этой почве зародилась интроспективная психология — направление, рассматривающее в качестве единственно возможного метода изучения психической реальности метод самонаблюдения. Однако субъективность психического отражения не отрицает возможности объективного познания мира в целом и самих психических явлений. Критерием служит практическая деятельность человека, в ней проверяется истинность психического отражения. Познание и объективизация самих психических явлений достигается благодаря тому, что всякое психическое явление имеет внешние проявления. На это указывал еще Сеченов, говоря, что каждое психическое явление есть рефлекс, а внешним концом любого рефлекса является движение. Из этого исходят многие психодиагностические системы, в частности системы миокинетической, речевой, экспрессивной психодиагностики и др.

Самому субъекту психический процесс открывает свойства объекта, оставляя совершенно скрытыми механизмы этого явления. Человек не видит своих восприятий, но ему открывается материальная картина мира. Действительно, когда на наш глаз падает свет от какого-нибудь предмета, мы ощущаем не то изменение, которое происходит в сетчатке глаза, а внешнюю причину ощущений — стоящий перед нами, т. е. *вне нас*, предмет. В этом заключается такое свойство психического отражения, как его *проекция*, вынесенность, несовпадение пространства объекта с пространством органа. Мы видим предмет в объективной точке пространства, там, где он находится, а не на сетчатке глаза, где строится его изображение.

Следующей особенностью психического отражения является то, что оно носит *опережающий* характер. У животных опережающее отражение проявляется в так называемом экстраполяционном рефлексе, когда животное ориентируется в своем поведении на ожидаемое перемещение объекта. Это предвосхищающее поведение у человека проявляется в построении планов и программ поведения, в прогнозировании результатов деятельности и событий.

И наконец, важнейшей особенностью психического отражения является его *активность*, которая приобретает характер взаимодействия и выражается в адаптации к внешним условиям, а на высших уровнях — в волевой регуляции и саморегуляции поведения.

Таким образом, *психика есть свойство высокоорганизованной материи, заключающееся в субъективном отражении объективного мира и выполняющее роль регулятора поведения и деятельности.*

Особенности психического отражения выясняют особенности предмета психологии как науки, отличающие ее от других областей научного знания, и определяют то место, которое занимает психология в системе современного научного знания.

Место психологии в системе наук. В истории науки существовало много точек зрения на место психологии в системе наук. Ее определяли то как естественную, то как общественную, то как смешанную биосоциальную и социобиологическую науку. Говорили даже о существовании двух психологий: описательной и объяснительной.

Психология возникла много веков назад в недрах философии как ее составная часть. По происхождению и основным понятиям психология тесно связана с философией. Некоторые разделы философии, например *теория познания*, изучают

закономерности процесса познания и основные его этапы (чувственное и логическое познание), связанные с психическими процессами. *Этика* как учение о нравственности, научном понимании добра и зла опирается на знания о личности, об эмоциях и чувствах. *Эстетика* — учение о прекрасном, его объективных законах и субъективных факторах, которые заключаются не только в искусстве, но и в природе, человеке, тесно связана с психологией личности. Более того, основной вопрос философии о том, что первично — материя или сознание, по своему существу является также психологическим.

Психология тесно связана с педагогическими науками по своим *целям*: оптимальная реализация возможностей человека, его формирование, воспитание. Задача сохранения психического здоровья человека связывает психологию теснейшим образом с медицинскими науками: психогигиеной, неврологией, психиатрией, педиатрией, общей терапией и др.

По методу и основному аппарату знаний психология — естественная наука (Ананьев). Познание человека определяют в зависимости от того, что такое сам человек. Человек — высший организм, верхний уровень и продукт биологической эволюции. Поэтому в познании человека психология тесно связана с естественными науками: приматологией, анатомией, физиологией общей и физиологией высшей нервной деятельности, биофизикой, биохимией, эндокринологией, генетикой, эмбриологией и др.

Биологическая эволюция привела человека к высшей ступени развития, когда решающим фактором его развития становится общество. Именно жизнь человека в обществе определяет развитие сознания человека. Это убедительно доказывают примеры так называемых диких детей, воспитанных животными и не имеющих существенных признаков человеческого сознания. Дети с поражением чувствительности (слепоглухонемые) без специального воспитания и обучения средствам общения остаются существами, ведущими растительный образ жизни. Таким образом, сознание — это продукт исторического, общественного развития.

Специфика психологии определяется тем, что она изучает человека не как исторический или биологический вид, она изучает человека как личность. Главной задачей психологии является *целостное знание о человеке*. В решении этой задачи встречаются естественные и общественные науки. Герцен писал: «Психология — это последнее звено природы и первое звено истории».

Психология в системе современного человекознания занимает промежуточное положение, находясь, по словам Константинова, «ровно посередине между естествознанием и обществознанием». Такое положение психологии делает ее связующим звеном между этими науками, делает ее наукой, которую, согласно точке зрения Пиаже, можно рассматривать не только как продукт всех других наук, но и *как возможный источник их развития*. Синтезируя достижения общественных, естественных и технических наук, психология выступает в роли одной из узловых научных дисциплин, разрабатывающих проблемы человека.

Структура психологической науки и ее задачи. Современная психология находится в состоянии непрерывного и бурного развития, что характерно для молодой науки. В ее структуре появляются новые отрасли и направления. В настоящее время их насчитывается более сорока. Таким образом, современная психология

представляет собой разветвленную систему научных дисциплин. Центральное место в ней занимает общая психология. Общая психология представляет собой фундамент всего психологического знания, она изучает общие законы организации и функционирования психики, разрабатывает методологию и теорию психологии. Общая психология связана с другими отраслями психологии, так как, с одной стороны, все отрасли психологии в своем развитии опираются на общую теорию психологии, с другой — знания и факты, добытые в прикладных областях, обогащают общую теорию психологии.

Если в основу классификации отраслей психологии положить *объект* изучения, то можно выделить следующие отрасли психологии.

Сравнительная психология изучает закономерности развития психики в филогенезе.

Возрастная психология изучает закономерности психического развития человека в онтогенезе, основные стадии его развития, критические и сенситивные периоды. В возрастной психологии выделяются: психология детства, психология подросткового периода, психология юности, психология взрослости (акмеология), психология старения и старости (геронтопсихология).

Дифференциальная психология исследует индивидуально-психологические различия между людьми. Это могут быть различия в темпераменте, характере, способностях, познавательных стилях, мотивации поведения и др. Основной задачей является выработка норм, стандартов в соответствии с возрастом, полом человека.

Педагогическая психология изучает психологические основы обучения и воспитания. Она тесно связана с возрастной и дифференциальной психологией, поскольку одной из важных ее задач является индивидуализация обучения в соответствии с возрастом и индивидуальными особенностями обучаемых. Важнейшей задачей педагогической психологии является формирование гармоничной личности на основе сочетания умственного, нравственного, эстетического, физического воспитания, формирования кругозора.

Инженерная психология разрабатывает принципы согласования технических устройств (машин, приборов и т. п.) с характеристиками психических процессов, функций и свойств человека, стремясь обеспечить максимальную надежность и эффективность систем контроля и управления и сократить затраты человеческого труда. Особенно остро вопрос встает, когда человеку приходится работать в условиях эмоционального напряжения, повышенной ответственности, дефицита времени или информации.

Психология труда изучает психологические основы и структуру трудовой деятельности, ее динамику и механизмы регуляции. Эта дисциплина исследует психологические факторы эффективности и качества труда. Психология труда выявляет профессионально важные качества личности по отношению к разным профессиям, решает проблемы профессионального отбора и профессионального обучения.

Социальная психология изучает психологические механизмы воздействия социума (общностей) на поведение и сознание человека, исследует взаимодействие людей в группах, коллективах, позиции личности в них, проблемы ли-

дерства и подчинения. Важными проблемами социальной психологии является исследование психологических механизмов формирования общественного мнения, проблемы массовых коммуникаций. В последние годы в русле социально-психологических исследований стали активно разрабатываться проблемы этических общностей, национальных традиций и стереотипов поведения.

Юридическая психология — отрасль психологии, изучающая взаимоотношения человека и права. Основные ее проблемы — исследование личности преступника, формирование мотивации преступления, психологические основы перевоспитания правонарушителей. В юридической психологии изучают также психологию жертвы, психологию свидетельских показаний, психологические аспекты следствия.

Клиническая психология — специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Работа клинического психолога направлена на повышение психологических ресурсов и адаптационных возможностей человека, гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию. (Подробнее см. раздел «Клиническая психология».)

Конечно, в этом коротком введении невозможно охарактеризовать все отрасли психологической науки, тем более что процесс дифференциации психологического знания продолжается и в последние годы появились такие области, как политическая психология, экономическая психология, организационная, психология менеджмента и т. п.

Основными тенденциями в развитии современной психологии являются: укрепление связей психологии с другими науками (биологическими, медицинскими, социальными, техническими), усиление практической направленности психологии, развитие ее прикладных отраслей, использование, наряду с диагностическими, широкого диапазона психокоррекционных, поддерживающих, терапевтических, развивающих методов и средств.

Становление психологической науки. Психология как наука имеет длительный период становления и относительно короткую историю. Еще в Древней Греции возникли первые попытки объяснить психические явления. Эти представления рассматривали психику, душу как непременный атрибут природы: животные, явления природы имеют душу, которая выступает источником движения и развития. Душа существует независимо от физического тела и может оказывать влияние на судьбу человека, его здоровье, успех. Этот взгляд на природу психики получил название анимизма (от лат. *anima* — душа, дух). Дальнейшее развитие представлений о природе психики связано с именами Демокрита и Платона. Демокрит явился родоначальником материалистических взглядов на психику. Считая, что душа состоит из атомов, он обосновал идеи причинности и отсутствие беспричинных явлений. Платон утверждал первичность идей и вторичность материального мира. Всякое познание есть воспоминание души, считал он. Платон является родоначальником философии идеализма. Античные ученые, философы, врачи высказывали мысли о связи психики и мозга, выдвигали идеи о зависимо-

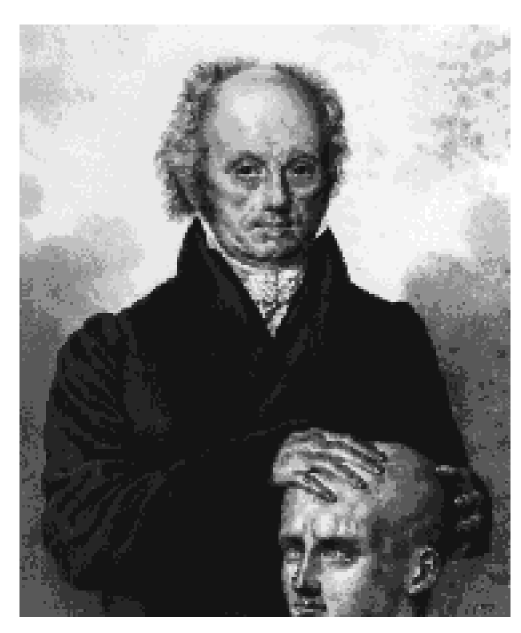
сти психики от окружающей среды, об устойчивых индивидуальных признаках психики человека (учение о темпераменте).

Господствующая в Средние века религия запрещала изучение человека. Несмотря на это, начиная с XV в. на развитие психологической мысли огромное влияние стала оказывать механика, достигшая в этот период своего расцвета. Одним из первых попытался применить законы механики к психике животных и человека Декарт. Он сравнил работу организма с техническими устройствами, автоматами, считая, что животное не обладает душой, а его поведение — лишь реакция на внешнее воздействие. Позднее в учении Ламетри идеи машинообразности поведения животных были распространены на человека. Декарт ввел понятия рефлекса и сознания, но «разорвал» их. Он считал, что рефлекторными механизмами можно объяснить поведение животных и простейшие (машинообразные) акты человеческого поведения. Сознание он рассматривал как замкнутое в себе и доступное лишь для интроспекции (самонаблюдения) явление. Он противопоставил душу и тело: тело может только двигаться, душа — только мыслить. Это учение получило название дуализма.

Попытку преодолеть дуализм Декарта и создать учение о человеке как о целостном существе предпринял Спиноза. Он полагал, что у человека существуют три главные побудительные силы: влечение, радость, печаль, а из них выводится все многообразие эмоциональных состояний. Печаль уменьшает способность тела к действию, радость увеличивает ее. Идеи чувственных источников познания мира обосновал и развил Локк. Его учение получило название сенсуализма, так как он утверждал, что в разуме нет ничего, что не прошло бы через органы чувств. Психика новорожденного — это «чистая доска» (*tabula rasa*), на которой опыт пишет свое содержание. Главный механизм психической деятельности — ассоциации, т. е. связи между отдельными представлениями и идеями. Учение об ассоциациях получило широкое распространение и разрабатывалось в психологии вплоть до начала XX в.

Французские философы и естествоиспытатели XVIII в. Дидро, Гольбах, Гельвеций, Кондильяк впервые разработали идеи о социальной детерминации психики человека, идеи, которые являются важнейшим положением современной психологии.

В начале XIX в. стали складываться новые подходы к психике, возникли предпосылки для формирования психологии как науки. К числу таких предпосылок относится развитие анатомии и физиологии нервной системы. Усилиями чешского исследователя Прохазки, француза Мажанди и англичанина Белла были открыты сенсорные и моторные нервные пути и обрела реальные материалистические основания идея Декарта о рефлекторной дуге. Широкую популярность завоевала френология (от греч. *phren* — душа) австрийского анатома Галля. Он выдвинул идею о том, что способности заданы структурой мозга и по очертаниям черепа можно судить о развитии мозга и способностях человека. Все эти исследования привлекли внимание ученых к изучению мозга и его роли в психической деятельности. Появилось большое количество работ, посвященных изучению локализации функций в головном мозге (Фритче и Гитциг открыли центры движений и чувствительности, а Брока и Вернике — моторный и сенсорный центры речи).



Франц Галль

В этот же период активно разрабатывалась физиология органов чувств (Мюллер, Гельмгольц). Большое значение имела концепция Дарвина, благодаря которой психическую жизнь стали рассматривать как результат процесса эволюции.

Большое значение имело также изменение положения психиатрии и отношения к душевнобольным. До сих пор душевнобольной считался одержимым дьяволом и его не лечили, а применяли к нему методы воздействия, которые можно сравнить с инквизицией (больного окунали в ледяную воду, наносили сильные болевые раздражения, «усмиряли» с помощью специальных приспособлений). Идеи о том, что психическое расстройство есть болезнь и ее нужно лечить, послужили началу сравнительных исследований психики в норме и патологии.

Таким образом, во второй половине XIX в. знания, накопленные в биологии, физиологии, медицине, явились основой для создания научной психологии.

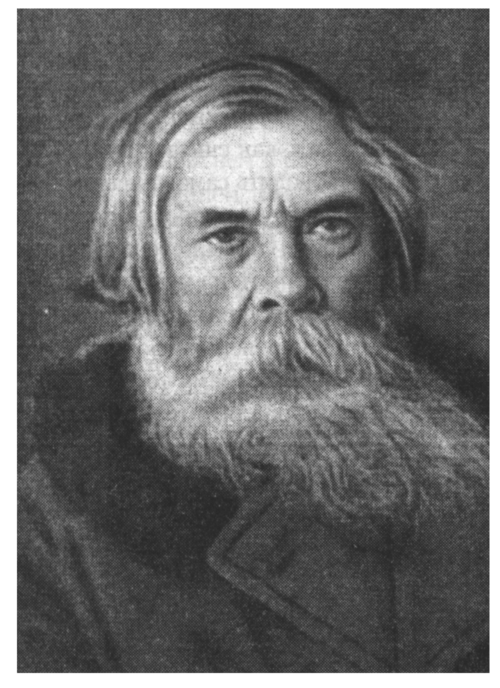
Основание научной психологии связано с проникновением в нее экспериментальных методов (до того времени в психологии господствующим был метод интроспекции). В тот период появились работы, посвященные экспериментальному исследованию чувствительности человека (Вебер и его книга «Об осязании»), в которых устанавливалось соотношение между силой внешнего стимула и величиной ощущения. Впоследствии Фехнер дал математическую интерпретацию найденной Вебером закономерности, появились работы Гельмгольца по психофизиологии органов чувств.



Вильгельм Вундт

Начало экспериментальной психологии относится к 1879 г., когда Вундтом была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии в Лейпциге, в которой началось систематическое изучение ощущений, восприятия, ско-

рости реакций, ассоциаций и чувств. Однако, применяя объективные методы исследования, Вундт подходил к их интерпретации с идеалистических позиций. Основным источником знаний о психических реакциях испытуемых на внешний стимул был самоотчет человека о его переживаниях, т. е. метод интроспекции по-прежнему оставался ведущим. Неоценимый вклад в разработку материалистических основ психологии внесли труды Сеченова. В 1863 г. вышла его работа «Рефлексы головного мозга», в которой он рассматривает рефлекс как основной механизм психических явлений: «Все психические явления по сути своей — есть рефлексы...», преодолевая, тем самым, дуализм Декарта. Модель рефлекторной дуги он заменил моделью рефлекторного кольца, фактически разработав понятие и механизм обратной связи и заложив тем самым основы теории саморегуляции поведения.



В. М. Бехтерев

Первой психологической лабораторией в России была лаборатория, основанная Бехтеревым в Казани. Бехтерев проделал колоссальную работу по созданию объективной психологии, положив в основу своей концепции учение о сочетательных рефлексах, заложил основы медицинской, возрастной, социальной психологии в России.

Конец XIX — начало XX в. ознаменованы бурным ростом экспериментальной и различных отраслей прикладной психологии. В области экспериментальной психологии можно назвать исследования памяти, проведенные Эббингаузом. Используя эксперимент и количественный анализ, он открыл собственно психологические закономерности.

С работ Гальтона началось изучение индивидуальных различий и разработка тестов. Первые тесты интеллекта были разработаны французским психологом Бине и заложили основы психодиагностики. Психология постепенно обретала свой предмет и объективные методы исследования в сочетании с количественным анализом результатов. На рубеже XX в. в психологии формируется целый ряд школ и направлений, которые отражали расхождение позиций в определении предмета и метода психологии. Остановимся кратко на некоторых из них.

Бихевиоризм. Это течение возникло в американской психологии под влиянием идей Бехтерева и Павлова и в противовес интроспективной психологии сознания. Программной работой явилась статья Уотсона «Психология, какой ее видит бихевиорист», опубликованная в 1913 г. С точки зрения Уотсона, психоло-

гия должна изучать то, что доступно для объективного наблюдения, т. е. поведение. Психологи этого направления сделали объектом научного изучения стимулы внешней среды и соответствующие им ответные реакции организма, главной формулой стала формула стимул—реакция. То, что происходит в психике человека, не имело для них научного содержания, поэтому они отвергали такие термины, как«сознание», «воля», «восприятие», — все это называлось «черным ящиком». Единственным началом, определяющим активность организма, признавали внешнюю среду, стимул извне. Основные опыты эти психологи проводили на животных, создавая хитроумные лабиринты и «проблемные ящики» и наблюдая за поведением в них подопытных крыс и кошек. Эти опыты привели к открытию законов научения. Большой заслугой ученых этого направления явилась разработка научных моделей изучения психики, включение поведения в круг изучаемых психологией явлений.

Последователи бихевиористского направления попытались поставить под сомнение основной постулат этой концепции. Так, Толмен ввел в формулу стимул — реакция среднее звено — промежуточные переменные, под которыми понимал: ожидания, установки, знания. Эти промежуточные переменные ориентируют животное в лабиринте. Свою теорию Толмен назвал когнитивным бихевиоризмом. Холл ввел в формулу стимул—реакция потребность организма (пищевую, сексуальную и т. п.). Если эта потребность удовлетворяется, происходит подкрепление реакции и она закрепляется — организм обучается. Дальнейшую разработку концепция подкрепления получила в работах Скиннера, он создал технику «оперантных реакций», которая нашла применение впоследствии при обучении детей, лечении больных неврозами.

Гештальтпсихология (от нем. *Gestalt* — образ, конфигурация) зародилась в Германии в начале XX в. Основу этого направления составили работы Вертгеймера, Кёлера, Коффки. Психологи этого направления критиковали бихевиоризм за исследование изолированных сегментов поведения. Поведение — нечто большее, чем связь рефлексов, оно целостно. Качество целостного образования (ситуации, сознания или образа восприятия) несводимо к сумме элементов, составляющих целое, и не может быть выведено из него. Напротив, целое определяет качественные особенности элементов. Ученые этой школы провели множество экспериментов по восприятию. В опытах на животных (курах) они показали, что животное реагирует не на стимул сам по себе, а на определенное соотношение стимулов, которое создает целостный образ — гештальт. Изучая интеллект обезьян, Кёлер показал, что животное решает задачу не путем проб и ошибок, а мгновенным схватыванием отношений между предметами в наглядной ситуации. Эта реакция мгновенного решения задачи была названа инсайтом, или озарением. Гештальтпсихологи подчеркивали творческий характер мышления, они доказывали, что решение творческих задач подчиняется особым принципам организации гештальта, а не правилам формальной логики.

Психоанализ. Основоположником этого направления психологии является Фрейд. Если в психологии Вундта предметом изучения являлось сознание, в психологии бихевиоризма — поведение, то в психоанализе предметом изучения стали глубинные слои активности личности — ее бессознательное. Психоаналитическая

концепция родилась из медицинской практики Фрейда, который как врач видел, что его пациенты страдали, но при этом никаких изменений в нервной системе (морфологических) он не находил. Это заставило его предположить, что истинные причины болезни скрыты от сознания, но именно они управляют поведением пациента. Так родилась концепция трехчленной структуры психики, состоящей из бессознательного, предсознательного и сознательного. Психика организована в личностную структуру: Ид (Оно) — Эго (Я) — Суперэго (Сверх-Я). Ид (Оно) — бессознательное психическое, оно насыщено энергией влечений и инстинктов, в первую очередь — сексуальной. Фрейд рассматривал Ид в качестве посредника между соматическими и психическими процессами в организме. Эго — психика, связанная с внешним миром, управляет Ид в соответствии с требованиями реальности. Суперэго — система ценностей, социальных норм и этики. Используя различные методики (психоаналитическая беседа, метод свободных ассоциаций и др.), врач стремится выяснить истинные причины заболевания, кроющиеся в бессознательном. Благодаря осознанию причин подавленных влечений и потаенных комплексов удается избавиться от душевной травмы. Трактуя развитие личности, психоаналитическая теория делает акценты на роли ранних детских переживаний в формировании взрослой личности и на том, что человек рождается с определенным количеством сексуальной энергии (либидо), которая затем проходит в своем развитии через ряд определенных стадий, от успешности прохождения которых зависят характер личности и ее адаптация к среде.

История мировой психологии включает множество концепций, которые невозможно изложить в рамках данного учебника, но именно вышерассмотренные концепции заложили основы реальной связи психологии с практикой обучения, лечения и труда.

Становление современной отечественной психологии связано с именами Сеченова, Бехтерева, Павлова, заложивших физиологические основы изучения психики. Всемирное признание получили работы Павлова, посвященные изучению условных рефлексов, механизмов высшей нервной деятельности. Многие вопросы, имеющие существенное значение для современной психологии, такие как теория темперамента, учение о взаимодействии полушарий и др., были впервые поставлены Павловым. Однако в целом для подхода Павлова был характерен физиологический редукционизм, который проявился в сведении психического к его физиологическим механизмам. Бехтерев, сформулировавший концепцию психологии как науки, исходил из принципиальных положений теории Сеченова. Основой его научной программы изучения психики явилось положение об объективности психологического исследования и разносторонности изучения психики. При этом Бехтерев исходил из сложной детерминации поведения личности условиями ее прошлой жизни, актуальными обстоятельствами и наследственностью. Следовательно, для изучения поведения и личности в целом необходим целостный подход с привлечением не только психологии, но и смежных наук. Под его руководством развернулись работы по изучению одаренности, интересов детей, особенностей трудновоспитуемых, профессиональных особенностей личности, работоспособности, влияния патогенных факторов на мозговую деятельность и др. Фактически эти исследования носили комплексный науковедческий характер.

Большой вклад в развитие психологии внес Выготский, разработавший культурно-историческую концепцию; он писал: «Для того, чтобы объяснить сложнейшие формы сознательной жизни человека, необходимо выйти за пределы организма, искать источники этой сознательной деятельности не в глубинах мозга и не в глубинах духа, а во внешних условиях жизни, в социально-исторических формах существования человека». Особое внимание Выготский уделял изучению высших психических функций, мышлению и речи, рассматривая слово, знак как психологическое орудие, посредством которого строится сознание. Разработка культурно-исторической концепции поставила вопрос о двойной детерминации психического: природной и социальной. Дальнейшее развитие эта концепция получила в работах Леонтьева об общественно-историческом развитии психики и концепции деятельности, а также в работах Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, в которых механизмы интериоризации (т. е. перевода внешних действий во внутренний план) рассматриваются в качестве основных механизмов формирования психического. Проблемы детерминации психического нашли свое разрешение в трудах С. Л. Рубинштейна, который выступает не только как ученый, методолог, но и как один из организаторов российской психологической науки. Систему своих идей Рубинштейн изложил в фундаментальном труде «Основы общей психологии». Он провел научный анализ деятельности, действий и операций в их отношениях к целям и мотивам. Им разработаны методологические принципы, составившие основу отечественной психологии, такие как принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности. Ананьев продолжил разработку идей Бехтерева, под его руководством были всесторонне изучены почти все виды ощущений, восприятий и представлений, особенно зрение и осязание, он разрабатывал учение о сенсорной организации человека. Ананьев заложил теоретические основы и реализовал на практике комплексное изучение человека, им заложены основы возрастной психологии взрослых и проведены масштабные лонгитюдинальные исследования, в которых получены уникальные данные о развитии взрослого человека. Предметом психологии, с точки зрения Ананьева, является многоуровневая система организации психики, взятая в связях с разными сторонами природы человека — его структурой, развитием и деятельностью.

Классификация психических явлений. Среди многообразных проявлений психики выделяют психические процессы, психические состояния, психические свойства личности. Ковалев выдвинул гипотезу о том, что психическое развитие идет от динамического и неустойчивого ко все более устойчивому. Наиболее динамичными и исходными в психической жизни являются *процессы.* Сеченов рассматривает психический процесс как течение психического явления, имеющего определенное начало, динамику и конец.

Различают познавательные, эмоциональные, регуляторные психические процессы (рис. 1). Главная функция познавательных процессов — отражение свойств внешнего мира и внутренних особенностей организма. Познавательные процессы информируют о свойствах и явлениях окружающего мира, являются источником разнообразных знаний и помогают открывать законы развития природы и общества. Познание имеет две ступени: образную и логическую. Образные познаватель-

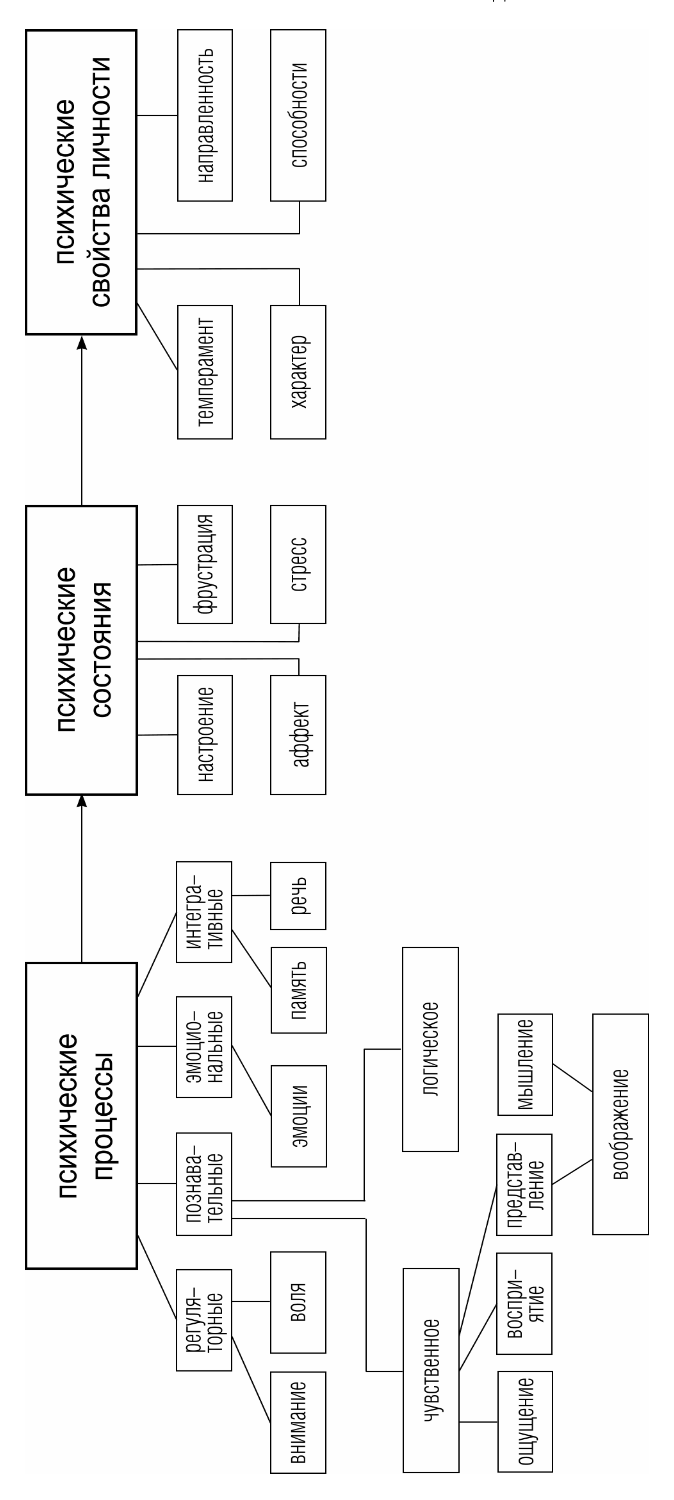


Рис. 1. Классификация психических процессов, состояний и свойств (схема)

ные процессы — ощущение, восприятие, представление. К процессам логического познания относится мышление.

В эмоциональных психических процессах отражаются отношения человека. Они окрашивают жизнь человека различными оттенками переживаний (положительных или отрицательных). Гамма человеческих эмоций многообразна — это, например, счастье, радость, удивление, горе, страдание и т. д.

Основным назначением регуляторных процессов является регуляция поведения и деятельности человека, обеспечивающая избирательный и целенаправленный характер реакций. К регуляторным процессам относятся процессы внимания и воли.

Кроме этого, выделяются так называемые интегративные, или сквозные, психические процессы, которые участвуют в протекании всех психических процессов, к ним относятся: речь, которая выступает в качестве 2-й сигнальной системы и связывает чувственное и логическое познание и память, которая может быть образной, логической, эмоциональной. Кроме того, память связывает в сознании человека настоящее и прошлое, обеспечивая целостность личности.

Психические состояния — относительно устойчивые явления психической деятельности, характеризующие психику в целом. Их можно рассматривать как фон, на котором протекают психические процессы. Они могут благоприятствовать или не благоприятствовать активной деятельности. Это состояния работоспособности, утомления, стресса, аффекта и др.

Психические свойства личности — это устойчивые образования, обеспечивающие определенный уровень поведения и деятельности, характерный для данного человека. К психическим свойствам относятся темперамент, характер, способности человека, направленность его личности (рис. 2).

Помимо этого, в сложных феноменах психической деятельности выделяют три основных компонента: функциональный, операциональный и мотивационный. Соотношение этих трех компонентов претерпевает существенные изменения в процессе индивидуального развития. Функциональные механизмы связаны с определенными мозговыми структурами и являются эффектом их деятельности, они детерминированы онтогенетической эволюцией и природной организацией человека. К психофизиологическим функциям относятся сенсорные, мотор-

<table>
<tr><td colspan="2">Психические свойства</td></tr>
<tr><td colspan="2">Психические состояния</td></tr>
<tr><td colspan="2">Психические процессы</td></tr>
<tr><td>Психофизиологические функции</td><td>Общая элементарная мотивация поведения</td></tr>
</table>

Рис. 2. Структурная схема психических явлений (по Ананьеву)

ные, логические, мнемические, вербальные. Тренировка психофизиологических функций в процессе деятельности, образование систем временных связей служат основой для развития операциональных механизмов, их образование опосредуется социальными, техническими и культурными компонентами деятельности. Операциональные механизмы не содержатся в самом мозге, они усваиваются индивидом в процессе его социализации и носят конкретно-исторический характер. Примером операциональных механизмов могут быть операции различения, опознания, идентификации в процессах восприятия; операции анализа, синтеза, обобщения, классификации и др. в мышлении.

Мотивационные механизмы включают все уровни мотивации, от органических потребностей до ценностных ориентаций.

Функциональные и мотивационные механизмы выступают как базисные образования, пронизывающие все психические явления человека и оказывающие на них влияние.

Методы исследования психических явлений. Наука может успешно развиваться только в том случае, если она использует для накопления фактов научно обоснованные методы. Психология как наука реализует в исследованиях принципы научного познания, общие с другими науками, такие как отражение объективной истины и проверка изучаемых закономерностей на практике.

Вместе с тем особенности методов обусловливаются особенностями объекта научного познания. В отличие от других естественных наук психология имеет дело с таким развитым объектом, как психика вообще и человеческая психика в частности. Особенности психических явлений в сравнении с физическими, химическими или биологическими прежде всего связаны с исключительно высокой *централизацией* и *интеграцией* структуры управления психикой, особенно у человека. Это означает, что в отличие от физико-химических процессов, которые имеют довольно устойчивые эмпирические зависимости, психические процессы самым непосредственным образом зависят *от высших уровней регуляции*: объективно заданных потребностей, мотивов, сознательного контроля и т. п. Психические явления поэтому предстают как очень вариативные, не обладающие внешней повторяемостью, устойчивостью.

Другая специфическая особенность психических явлений состоит в их *целостности*. Возможности их материального и чисто функционального разделения резко ограничены. В биологии, например, можно изучать отдельные клетки, изолированные органы, функциональные системы. В физике тоже существует множество материальных объектов или процессов, которые в значительной степени самостоятельны, стабильны по своим свойствам, что предоставляет большие возможности их искусственной изоляции и тщательного экспериментального изучения. В психике же не существует ни одного процесса, который был бы изолирован от других процессов и организации личности и деятельности в целом. Так, процессы памяти включают в себя мыслительные и эмоциональные компоненты, мышление включает в себя все психические процессы. Психолог не может, например, полностью исключить мотивацию, он может только видоизменить ее. В соответствии с перечисленными особенностями объекта принципы психологического исследования имеют свою специфику.

Рубинштейн выдвинул *принцип детерминизма* в качестве важнейшего принципа изучения психических явлений. Этот принцип формулируется следующим образом: психическое возникает как результат внешних воздействий, внешних условий, но эти внешние воздействия опосредуются, преломляются внутренними условиями, особенностями субъекта. В последние десятилетия подчеркивается *вероятностный* характер психической деятельности, в соответствии с этим важную черту современной методологии психологического исследования составляет единство детерминистического и вероятностного подходов. Психика человека развивается и формируется в процессе деятельности, поэтому одним из принципов изучения психического является *изучение психических явлений в процессе человеческой деятельности*. Другим важнейшим принципом является принцип, введенный в психологию Блонским и заключающийся в необходимости *изучения всех психических феноменов в развитии* — филогенетическом и онтогенетическом, социально-историческом и индивидуальном.

Учитывая высокую степень интеграции, целостности психического, весьма продуктивным является *антропологический принцип*, введенный Ананьевым. Суть антропологического принципа заключается в комплексном изучении человека с одновременным измерением большого числа разноуровневых характеристик (морфологических, физиологических, психологических, социальных) и диагностической ориентации психологического исследования.

Одной из главнейших особенностей современной психологии является применение системно-структурного подхода. Суть этого подхода заключается в том, что человек (индивид, личность, индивидуальность) рассматривается не как совокупность отдельных психических процессов, свойств, состояний, а как целостное образование, включающее в себя множество характеристик и элементов, объединенных определенными связями.

В психологии складывается система методов, охватывающих весь *цикл* научного исследования человека и включающая *организационные, эмпирические, количественно-качественного анализа научных данных, интерпретационные методы* (Ананьев).

Организационные методы (к ним относятся сравнительные, лонгитюдинальный, комплексный) действуют на протяжении всего исследования. Сравнительный метод видоизменяется в разных психологических дисциплинах и выступает как сравнение психических особенностей на разных ступенях эволюции (в зоопсихологии). Сравнительный метод как общий метод организации исследования широко применяется в общей психологии (сопоставление различных контингентов испытуемых); в социальной психологии (сопоставление различных типов малых групп, демографических, этнографических, социокультурных и других групп); в патопсихологии (сравнение больных со здоровыми, людей с дефектами — сенсорными, моторными, интеллектуальными — с нормально видящими, слышащими и т. п.). В возрастной психологии сравнительный метод выступает в виде метода «возрастных», или «поперечных», срезов.

Метод поперечных срезов позволяет сравнивать психическое развитие индивидов разного возраста. Этот метод имеет значение при решении психодиагностических задач, задач установления возрастной нормы и возрастных синдромов.

Недостатком метода поперечных срезов является уравнивание всех индивидов данного возраста и данной популяции, которые на самом деле не могут оказаться в одной и той же точке онтогенетической эволюции, так как совершают свое развитие с разной скоростью и различным путем.

Отличительным признаком *лонгитюдинального метода* является проведение исследований на одних и тех же испытуемых или группах испытуемых в ходе их онтогенетического развития, т. е. в многократном, регулярном и систематическом наблюдении и изучении. Лонгитюдинальный метод сложнее метода поперечных срезов, он более индивидуализирован и устраняет такой серьезный недостаток метода поперечных срезов, как уравнивание всех индивидов данного возраста. Достоинством лонгитюдинального метода является возможность прогноза психического развития.

Комплексный метод предполагает изучение основных компонентов целостной структуры человека в их взаимосвязях и изучение связей отдельных показателей с целостной организацией человеческой индивидуальности.

Эмпирические способы добывания научных данных составляют самую обширную группу методов. К этой группе относятся наблюдение и самонаблюдение (обсервационные методы), экспериментальные методы (лабораторный, полевой, естественный, формирующий или психолого-педагогический), психодиагностические методы (тесты — стандартизированные и проективные), анкеты, социометрия, интервью, беседы; анализ процессов и продуктов деятельности (хронометраж, циклография, профессиографическое описание, оценка изделий и выполненных работ, в том числе ученических), которые можно назвать праксиметрическими методами; моделирование (математическое, кибернетическое), биографические методы (анализ фактов, дат и событий жизненного пути, документов, свидетельств). Применение отдельных методов или их сочетание зависит от задач и объекта исследования, а также от того, каким организационным методом (сравнительным, лонгитюдинальным, комплексным) пользуется исследователь.

Наблюдение — целенаправленное изучение на основе восприятия действий и поступков человека в естественных для него условиях. Для того чтобы наблюдение было объективным, оно должно отвечать ряду требований:

1) естественность условий;
2) незаметность наблюдения для людей, за которыми оно ведется (для этого используется скрытое наблюдение при помощи специальной техники или исследователь сам становится членом группы и включается в процесс ее деятельности — включенное наблюдение);
3) целенаправленность, т. е. должны быть четко определены цели и задачи, психические проявления, которые подлежат наблюдению.

В соответствии с целями и задачами наблюдение может быть сплошным (фиксируются все проявления психики) или выборочным (фиксируются только отдельные проявления, например только эмоциональные). В наблюдении большое значение имеет фиксация результатов, она может осуществляться с помощью специальных записей — протоколов, стенограмм, но в настоящее время наибольшее значение имеет специальная аппаратура: теле-, аудиозапись, киносъемка

скрытой камерой и т. п. Наблюдение требует значительных затрат времени, исследователь находится в пассивной позиции, он вынужден ждать, когда наступит интересующее его явление. На результаты наблюдения могут повлиять установки, интересы исследователя.

Учитывая эти недостатки, наблюдение используется в первую очередь в тех случаях, когда требуется минимальное вмешательство в естественное поведение, когда необходимо получить целостную картину. Часто оно используется на начальных этапах исследования, а затем дополняется другими методами исследования.

Самонаблюдение как реальный процесс всегда присутствует в психологическом исследовании и может выступать в виде самоотчета испытуемого о своих мыслях, ходе решения задачи, переживаниях и т. п. Особое значение имеет самонаблюдение при изучении динамики сознания, при описании самочувствия в тех или иных состояниях деятельности, динамики представлений и переживаний, мотивов поведения. Большое значение имеют приемы и данные опосредованного самонаблюдения, представленные в виде дневников, автобиографических материалов, переписки. В медицинской практике всегда используется материал субъективного анамнеза, сопоставляемого с данными клинического и лабораторного исследований (объективного анамнеза). Необходимо отметить, что сама возможность самонаблюдения и его адекватность зависят от уровня самоанализа, являющегося показателем психического развития человека.

Экспериментальные методы являются ведущими в психологии, как и в любой науке, так как в эксперименте исследователь сам вызывает интересующее его явление и может активно воздействовать на него; может варьировать условия и выявлять на этой основе причины психических явлений. В эксперименте имеется возможность неоднократно повторять и воспроизводить условия и результаты, что позволяет накапливать количественные данные и делать выводы о типичности, закономерности или случайности изучаемых явлений. Основная задача эксперимента в психологии заключается в том, чтобы сделать доступными для наблюдения и изучения существенные особенности внутренних психических явлений.

Первой формой экспериментального метода в психологии явился лабораторный эксперимент. Классическими видами лабораторного эксперимента являются методы сенсомоторных реакций (простой двигательной, реакции выбора), психофизические методы (определение порогов и динамики чувствительности). В экспериментальной психологии накоплено большое количество психометрических методов исследования мнемических, перцептивных, аттенционных и других процессов.

Достоинством экспериментального метода является возможность управления экспериментом. При аппаратурном эксперименте используется оборудование, позволяющее строго фиксировать особенности внешних воздействий и соответствующие ответы испытуемых. Кроме того, возможно применение аппаратуры, регистрирующей психические, вегетативные и другие физиологические проявления (ЭЭГ, ЭКГ и пр.). К числу недостатков экспериментального метода можно отнести непривычные для человека, неестественные условия, что изменяет характер

протекания психических процессов, может влиять на психическое состояние, вызывая тревогу, страх.

В *естественном эксперименте* в отличие от лабораторного сохраняется содержание обычной деятельности человека, но создаются условия, при которых обязательно вызывается изучаемое явление. Естественный эксперимент был впервые разработан Лазурским и применен для изучения личности школьника.

Благодаря электронной микроминиатюрной технике возникла возможность выхода экспериментально-психологических исследований за пределы лаборатории. Экспериментально-психологический метод, использующий портативную аппаратуру, сокращенные циклы экспериментальных процедур и проведение исследования в естественных условиях, получил название *полевого эксперимента.*

Лабораторный и естественный эксперименты могут быть констатирующими и формирующими. Формирующий эксперимент предполагает активное вмешательство исследователя в изучаемое явление, проектирование, моделирование и формирование психических процессов, состояний и свойств личности. В настоящее время формирующий эксперимент чаще всего выступает как психолого-педагогический, как метод экспериментального развивающего обучения и воспитания детей.

Психодиагностические методы направлены на выявление различий между людьми или группами, объединенными по какому-либо принципу: возрасту, полу, образованию, психофизиологическим особенностям, состояниям и др. Результатом использования психодиагностических методов является постановка психологического диагноза. Одним из самых распространенных психодиагностических методов являются тесты. *Тест* — это проба или короткое испытание. Главным требованием к тесту является стандартизация условий предъявления (поэтому в каждом тесте всегда существует инструкция для пользователя и инструкция для испытуемого), стандартизация тестового материала (это могут быть вопросы, задачи, рисунки и пр.), стандартизация обработки результатов (при обработке используются специально разработанные для каждого теста системы оценок и шкальных показателей). Обязательным признаком стандартизованного теста является наличие системы нормативных показателей, что позволяет сравнивать индивидуальные результаты с нормативными и определять место каждого испытуемого в ряду нормированных показателей (в популяции). Стандартизация предъявления и обработки результатов обеспечивает независимость результатов тестирования от экспериментальной ситуации и от личности исследователя, позволяет сравнивать результаты, полученные разными исследователями, в конечном счете способствует объективности, достоверности психологического диагноза. Среди стандартизованных тестов имеются тесты успешности, психомоторные тесты, психовегетативные, тесты нейродинамических свойств, тесты интеллекта, тесты профпригодности, стандартизованные вопросники.

Для психодиагностики свойств личности, ее характерологических черт, мотивов деятельности чаще всего применяют *проективные тесты.* Характерным признаком проективных тестов является неопределенность стимульного материала (это могут быть пятна различной конфигурации, картинки с неопределенным содержанием, неоконченные предложения или неоконченный рассказ).

Эти тесты измеряют не отдельные функции, а модус личности. В реакциях на неопределенность стимульного материала проецируются (проявляются) внутренние, часто неосознаваемые личностью, побуждения, проблемы, скрытые мотивы. Работа с проективными тестами требует очень высокой квалификации исследователя как при проведении исследования, так и при интерпретации полученных данных. При использовании тестов необходимо учитывать предшествующие условия жизни и развития испытуемого, уровень образования, степень заинтересованности и мотивации для решения тестовых заданий.

Беседа — метод сбора данных о психических явлениях в процессе личного общения по специально составленной программе. Беседа представляет собой дополнительную к экспериментальным методам методику. В социальной психологии беседа выступает в качестве самостоятельного метода интервью со своей специальной техникой сбора информации, принципами градуирования ответов и шкалой оценок.

Анкетирование — заочный опрос, к нему прибегают в случае, если нужно опросить большое число людей в короткий срок. Анкетирование может носить анонимный характер, в случае если оно касается интимных или остро дискуссионных вопросов.

Изучение продуктов деятельности — сбор и анализ результатов деятельности человека: трудовой (изготовленные детали, проекты, картины); учебной (сочинение, учебные задачи, рефераты); игровой (различные постройки, поделки). Используется также хронометраж рабочих или спортивных движений, циклографический анализ трудовых действий.

Биографический метод — сбор и анализ данных о жизненном пути человека. В биографическом методе можно выделить 3 аспекта: биолого-биографический, заключающийся в изучении объективных условий жизни, событий среды и поведения человека в этой среде; историю переживаний, эволюцию внутреннего мира человека; историю творчества человека.

Особую группу методов составляют *приемы обработки данных*: количественный, т. е. математико-статистический, и качественный, т. е. индивидуально-типологический анализ.

Наименее разработанными и исключительно важными являются *интерпретационные* методы, которые включают в себя различные варианты генетического и структурного методов. Генетический метод может охватывать все уровни развития, от нейронного до поведенческого. Взаимосвязи между частями и целым, т. е. функциями и индивидом, субъектом деятельности и личностью определяются структурными методами (психография, типологическая классификация, психологический профиль). При этом генетический метод интерпретирует весь материал исследования в характеристиках развития, выделяя фазы, стадии, критические моменты становления психических функций и свойств личности. Структурный метод интерпретирует весь материал в характеристиках систем и типов связей между ними. Специфическое выражение этого метода представляет собой психография как целостное синтетическое описание индивидуальности. Психография является специфичным методом для изучения индивидуально-психологических различий между людьми. Она позволяет выявить связи между потенциальными

возможностями, способностями и тенденциями, направленностью индивидуальности, выявить основные противоречия и сформулировать прогноз развития.

Мозг и психика. Основой функционирования психики является деятельность центральной нервной системы.

Благодаря исследованиям испанского гистолога Рамона-и-Кахала, швейцарского психиатра Фореля и Бехтерева было установлено, что вся нервная система состоит из самостоятельных единиц — нейронов, т. е. нервных клеток с отростками. Нейрон выполняет целый ряд важнейших функций, в число которых входят: воспринимающая, интегративная, мнестическая, проводниковая, передающая.

Центральная нервная система состоит из спинного и головного мозга. Головной мозг состоит из мозгового ствола, мозжечка и двух полушарий, в которые входят кора и подкорковые структуры (обонятельный мозг и базальные ганглии).

Кора головного мозга — самое позднее в эволюционном и высшее в функциональном отношении образование нервной системы. Кора покрывает мозг со всех сторон, она имеет множество борозд и извилин, что позволяет ей занимать большую поверхность. На срезе она своим серым цветом отличается от белого вещества мозга, состоящего из нервных волокон. Серый цвет коре придают образующие ее нервные клетки. Каждое полушарие состоит из четырех долей: лобной, височной, теменной и затылочной. Кора осуществляет анализ и синтез сигналов, поступающих из внешнего мира и внутренней среды организма. В коре имеются проекционные и ассоциативные зоны. Проекционные зоны связаны с нейронами подкорковых центров. Ассоциативные зоны не имеют непосредственной связи с подкорковыми центрами, но связаны двусторонней временной связью с проекционными центрами. Именно они играют важную роль в осуществлении высшей нервной деятельности.

Важным является вопрос о функциональной локализации в коре больших полушарий. Основу современного учения о локализации функций заложил французский врач Брока, открывший в 1861 г. моторный центр речи. Через четверть века Вернике обнаружил центр понимания речи. В настоящее время известны такие проекционные центры, как центры общей чувствительности, кинестетической чувствительности, слуховой, зрительной, вкусовой, обонятельной, вестибулярной чувствительности и др. К ассоциативным центрам относятся акустический центр речи, двигательный центр речи, центр зрительного анализа письменной речи, двигательный центр письменной речи и др. Проблему локализации нельзя понимать слишком упрощенно, будто найденные области сами по себе ответственны за то или иное психическое явление, сами, без участия других отделов ЦНС, выполняют эту функцию. Любая функция является результатом целостной работы мозга. Сложные психические процессы реализуются совместной деятельностью целой системы органов, т. е. сложной функциональной системой. Даже относительно простое произвольное движение реализуется сложной функциональной системой, включающей целый комплекс как чувствительных (афферентных), так и двигательных (эфферентных) импульсов. Принципы функциональной организации работы ЦНС были разработаны Лурия. Согласно его концепции, в ЦНС выделяются три основных блока, каждый из которых выполняет свои функции в организации психической деятельности.

Первый блок — блок тонуса коры, или энергетический блок, в его состав входят образования верхних отделов ствола мозга, ретикулярной формации и древней лимбической коры.

Основная функция этого блока — поддержание тонуса коры, обеспечение и поддержание внимания, отбора импульсов. Он оказывает постоянное активирующее влияние на кору больших полушарий. Основными источниками активации являются приток импульсов из внешней среды и их активирующее влияние, распространяющееся через неспецифическую проводящую систему. Вторым, не менее важным источником являются обменные процессы в организме (деятельность дыхательной, пищеварительной систем, углеводный, белковый обмен и др.), составляющие основу биологических влечений. Кроме того, значительная часть активности человека обусловлена намерениями, планами, программами поведения. В этом случае существенную роль играют нисходящие кортикоретикулярные связи. Первый блок не участвует в приеме и переработке информации, он обеспечивает необходимый уровень активности для того, чтобы эта деятельность осуществлялась. Нарушения функционирования первого блока ведут к изменению тонуса и активности, что проявляется либо в чрезмерном возбуждении, либо в снижении работоспособности, вялости, сонливости, вплоть до потери сознания и комы.

Второй блок — это блок приема, переработки и хранения информации. Он включает так называемые задние отделы коры, т. е. теменные, височные, затылочные, и в отличие от первого блока имеет модально-специфический характер, характер деятельности и ее нарушений четко определяются локализацией. Здесь находятся центры зрительной, слуховой, тактильно-кинестетической чувствительности. Основная функция этого блока, как следует из его названия, — прием, переработка, хранение информации. Области, составляющие этот блок, имеют сложное иерархическое строение и состоят из надстроенных друг над другом корковых зон трех типов:

1) первичных, или проекционных (имеющих двусторонние связи с подкоркой. Сюда поступают импульсы с периферии, и отсюда направляются импульсы на периферию. Здесь осуществляется первичный анализ раздражителей);
2) вторичных (или проекционно-ассоциативных). Они реагируют на комплекс модально-специфических раздражителей, некоторые из них имеют мультимодальный характер. Эти зоны объединяют отдельные раздражители в сложные динамические синтезы;
3) третичные зоны (или зоны перекрытия) являются специфически человеческими и наиболее поздно развивающимися в онтогенезе. Они обеспечивают сложные формы психической деятельности, требующие совместного участия многих зон. У больных с поражением этих отделов мозговой коры нарушаются сложные формы деятельности. Различая отдельные предметы и звуки, больные испытывают затруднения при ориентировке в пространстве, путают направления, испытывают трудности в понимании сложных грамматических структур, в логических операциях, включающих сложные направления.

Третий блок осуществляет программирование, регуляцию и контроль поведения. В него входят передние отделы больших полушарий. Ведущее место занимают лобные доли вместе с восходящими и нисходящими связями с ретикулярной формацией. Исследования Лурия и его учеников показали, что двустороннее поражение лобных долей приводит к неспособности сохранять сложные программы и цели действий, тормозить не соответствующие программам импульсы, устойчиво концентрировать внимание на задаче. Поведение таких больных начинает регулироваться не внутренними целями, а любыми случайными внешними импульсами, утрачиваются критика к своим действиям и способность осознавать ошибки и исправлять их. То есть лобные доли играют важную роль в программировании, регуляции и саморегуляции поведения человека. Основная функция психики — управление поведением и эмоциональным состоянием человека. Управляющая функция психики имеет природные основания в организме и психике. Жизнедеятельность каждого организма есть, по выражению Бернштейна, не уравновешивание его со средой и с падающим на него потоком стимулов, а *активное* преодоление среды, определенное *моделью потребного* будущего. В блок-схеме управления движениями, разработанной Бернштейном, выделены основные блоки приема, переработки информации, программно-задающий блок. Управление предполагает достижение заданной программой результата произвольного движения. Это достигается устранением рассогласования между программируемым и реальным результатом. Степень рассогласования устанавливается блоком сличения информации, поступающей от программно-задающего блока, и информации, поступающей по каналам обратной связи (эффектор—рецептор). В физиологической основе организации управления движением лежит рефлекторное кольцо, а не рефлекторная дуга. Распространение этой схемы на более сложные акты целенаправленного поведения привело к включению в управление второй сигнальной системы и сенсорного синтеза, предполагающего анализ и интеграцию информации от всех рецепторов до осуществления сличения.

Более сложная модель управления предложена Анохиным в рамках концепции функциональной системы. В функциональной системе выполняется несколько стадий информационных преобразований: афферентный синтез, принятие решения, реализация решения. В афферентном синтезе представлена информация о потребности организма (доминирующая мотивация), внешней ситуации (обстановочная афферентация), прошлом опыте (память) и пусковая афферентация (как степень критичности ситуации). Пусковая афферентация достигает центральных механизмов афферентного синтеза через анализаторные системы и через ретикулярную формацию. Принятие решения осуществляется как выбор конкретного поведенческого акта. Далее формируется акцептор действия, т. е. предполагаемая модель, образ результата действия. На основании акцептора строится программа действия. Программа действия выполняет организующие функции, акцептор — контрольные. Информация о результатах действия и параметрах действия путем обратной афферентации поступает к акцептору действия, где эти результаты сличаются с ожидаемыми. При их совпадении действие заканчивается, при несовпадении формируется новый афферентный синтез и действие реализуется по-новому.

Конечно, представленные модели систем управления касаются отдельных двигательных актов, реальная деятельность гораздо сложнее и описание ее требует более целостных подходов и решений и анализа основных принципов связи и управления в ЦНС.

Связь и управление в нервной системе осуществляются на основе двух основных принципов: субординации и координации. Принципы субординационного взаимодействия реализуются «вертикальной» системой регуляции. Идея «многоэтажной иерархической системы» была развита Бернштейном первоначально в теории регуляции движений, а затем в физиологии активности. Эта вертикальная, многоэтажная иерархическая система регулирования, в которой нижележащие уровни подчиняются вышележащим, является *основной*, определяющей целостность организма и единство процессов жизнедеятельности и поведения. Однако эта система регуляции хотя и является основной, но она не единственная. Позднее Эшби было высказано предположение о том, что существует *дополнительный* регуляторный механизм — совместная работа больших полушарий головного мозга и их взаимодействие. Эта идея получила свое дальнейшее развитие в концепции билатерального регулирования Ананьева. Специальная разработка проблемы больших полушарий стала возможной благодаря методам условных рефлексов (Павлов) и искусственной изоляции полушарий путем рассечения мозолистого тела (Сперри). В изучении проблемы парности полушарий постепенно вычленились 3 аспекта:

1) парность полушарий и рецепторов как специальный механизм восприятия пространства и пространственной ориентации;
2) интегративная роль полушарий в накоплении и организации индивидуального опыта;
3) регулирование информационных и энергетических потоков содружественной деятельностью полушарий.

Исследование специальных интегративных функций изолированных полушарий показало, что левое полушарие связано с речью, логическим мышлением и вербальной памятью, однако способности интонационного, эмоционального анализа и образного восприятия речи, природных звуков у него не выражены. Правое полушарие связано с образными мышлением и памятью, в то же время его речевые возможности резко ограничены (есть узнавание, но затруднено называние предметов), хорошо выражены способности интонационного анализа эмоциональных оттенков речи и природных шумов. Правое и левое полушария находятся в постоянном взаимодействии, и поэтому восприятие, речь и мышление являются результатом их совместной деятельности.

Идеи билатерального регулирования Ананьева исходят из предположения о том, что большие полушария не только потребляют энергию, но и воспроизводят ее, во всяком случае часть ее, необходимую для аналитико-синтетической деятельности мозга (это находит свое подтверждение, например, в феномене активного отдыха Сеченова). Билатеральное регулирование представляет такое взаимодействие полушарий, при котором происходит обмен энергией и информацией между полушариями таким образом, что в каждый момент времени каж-

дое из полушарий в соответствии с характером деятельности выполняет по отношению к другому то преимущественно энергетическую, то информационную функцию. Внешним проявлением взаимодействия полушарий являются симметрии и асимметрии в деятельности парных органов. Как показал ряд исследований, степень асимметрии увеличивается в ситуациях напряженной деятельности, что демонстрирует активизацию билатерального контура регулирования.

Таким образом, нормальное функционирование психики обеспечивается интегральной деятельностью всей нервной системы и организма в целом, т. е., можно сказать, нервно-соматической интеграцией.

Развитие психики в филогенезе. Проблема возникновения и развития психики в процессе эволюции животных играет важнейшую роль для психологии, так как позволяет ответить на вопросы, касающиеся сущности психики. Существуют разные подходы к определению места и роли психики в процессе эволюции. От Декарта берет свое начало *антропопсихизм*, подход, согласно которому психика появляется только с появлением человека и существует только у человека. *Биопсихизм* признает наличие психики как свойство живой материи. *Нейропсихизм* связывает психику с существованием и функционированием нервной системы. И *панпсихизм* признает всеобщую одухотворенность природы, т. е. считает психику свойством как живой, так и неживой природы.

Современная научная психология исходит из того, что психика возникает и развивается в процессе эволюции материи. Вся материя обладает свойством *отражения*. Отражение — это взаимодействие, при котором одни объекты своими воздействиями представлены или отражены в других. Отражение, таким образом, проявляется в способности отвечать на внешние воздействия. При этом характер ответных реакций зависит от особенностей внешних воздействий и от формы существования материи. Примером физического отражения может быть отпечаток стопы на песке, отражение в зеркале; химического — появление нового вещества при химической реакции. Биологическая форма отражения появляется при переходе от неорганической материи к органической. Простейшей формой биологического отражения, которой обладают все живые организмы, является *раздражимость*. Раздражимость — это ответная реакция на воздействия, непосредственно связанные с обменом веществ организма. Примерами раздражимости являются поворот растения в направлении солнечных лучей, неравномерный рост ствола в зависимости от освещенности, движение одноклеточной инфузории туфельки, направленное от кристаллика соли, помещенного в каплю, в которой плавает инфузория. Во всех этих случаях имеет место реакция на раздражители, принимающие непосредственное участие в обмене веществ данного организма. Все перечисленные выше формы отражения являются формами допсихического отражения.

Первой, зачаточной формой психического отражения является *чувствительность* (Леонтьев). Отличительной особенностью чувствительности является то, что реакция возникает на раздражитель, не принимающий непосредственного участия в обмене веществ. Появление чувствительности связано с сигнальным характером отражения, когда животное реагирует на сигналы жизненно важных воздействий. Это позволяет активно ориентироваться в окружающей среде и активно реагировать на изменения среды, вырабатывать индивидуально изменчи-

вые формы поведения. Примером чувствительности может быть поведение червя, ориентирующегося на свет, или паука, реагирующего на вибрацию паутины при попадании в нее мухи. Для этой стадии развития характерно появление органов чувствительности, органов движения и органа связи и координации процессов в организме — нервной системы. Это первая стадия развития психики — *стадия элементарной сенсорной психики* (по классификации Леонтьева). Отличительной чертой психического отражения на этой стадии развития является то, что отражаются отдельные свойства предметов, нет отражения предмета в целом. Так, например, лягушка реагирует на движение — она будет бросаться на движущуюся бумажку, привязанную к нитке, но может не реагировать на неподвижных мошек. Паук реагирует на вибрацию паутины в случае, если она вызывается попавшей в нее мухой, и в том случае, если источником вибрации служит приложенный к паутине метроном. Примечательно то, что поиски пищи и ориентация в среде осуществляются при помощи одного какого-либо вида чувствительности. Ведущей формой поведения является инстинктивное поведение. Инстинкт — это цепь врожденных безусловных рефлексов, в которой конец одного рефлекса служит началом следующего. Программы инстинктивного поведения у некоторых видов животных характеризуются чрезвычайной сложностью. Достаточно вспомнить поведение пчел, строящих соты идеальной с точки зрения экономии формы, наполняющих их медом и запечатывающих воском. Однако характерной особенностью инстинктивного поведения является то, что его запускает всегда какой-либо один раздражитель и программы инстинктивных действий не могут предусмотреть большое число разнообразных раздражителей, кроме того, программы инстинктивного поведения целесообразны лишь при неизменных строго постоянных условиях. При изменении условий инстинктивное поведение становится нецелесообразным и не может обеспечить адаптацию к среде. У животных, находящихся на этой стадии развития, нервная система имеет элементарное строение, здесь представлена диффузная (у кишечно-полостных), цепочечная (у червеобразных) или ганглиозная (у насекомых) нервная система.

Прогрессивная линия биологической эволюции, от червеобразных к первичным хордовым, связана с изменением условий существования и ориентации в окружающей среде. Усложняется строение нервной системы, появляется спинной и головной мозг как центр высшей нервной интеграции. Строение головного мозга усложняется, на позднейших этапах эволюции появляется кора больших полушарий, наиболее позднее и наиболее сложное образование мозга. Главная функция коры больших полушарий — анализ информации, поступающей из внешней среды, ориентация в ее изменениях, замыкание новых временных связей и формирование новых видов индивидуально-изменчивого поведения, соответствующего изменившимся условиям среды. С появлением и развитием центральной нервной системы появляется новая форма психического отражения — *стадия перцептивной* (*воспринимающей*) *психики*. Характерной особенностью психического отражения на этой стадии является способность к формированию целостного образа. На этой стадии для животных доступно одновременное отражение нескольких раздражителей и их синтезирование в образ предмета, благодаря чему создается предметное отражение. Появляются представления и возможность отсро-

ченных реакций. Наряду с инстинктивными формами поведения появляются индивидуально приобретенные формы поведения — навыки. Навык — это цепь отобранных и заученных движений, ведущих к цели. С целью выработки навыка животное (чаще всего кошка) помещалось в клетку, так называемый проблемный ящик. Для того чтобы получить приманку, животному необходимо выполнить какое-либо действие: нажать на рычаг, отодвинуть задвижку и т. п. Животное решает задачу путем проб и ошибок, т. е. путем отбора из двигательного хаоса и закрепления движений, приводящих к успеху. Нахождение решения носит случайный характер. После закрепления навык может воспроизводиться многократно и животное решает задачу сразу, без предварительных проб и ошибок. Отличие навыков, или «инструментальных условных рефлексов», от классических условных рефлексов, примененных Павловым, заключается в том, что успех животного определяется *активным* характером его действий.

Необходимо отметить, что ярко выраженные навыки впервые появляются лишь у животных, имеющих кору больших полушарий.

Психика большинства позвоночных животных остается на этой стадии развития, но наиболее высокоорганизованные, в частности приматы, поднимаются еще на одну ступень, у них возникают новые формы поведения, которые обозначают как *интеллектуальное поведение*.

Стадия интеллекта, или ручного мышления. Переход на эту стадию развития психики сопровождается существенным прогрессом в развитии центральной нервной системы: у обезьян увеличивается масса мозга до 350,0–400,0 г, дифференцируются клетки мозговой коры, увеличивается количество борозд и извилин, развиваются лобные доли.

Психическое отражение характеризуется тем, что животное отражает не просто целостные предметы, но наглядные связи, отношения между предметами, находящимися в его зрительном поле, увеличивается прочность памяти — длительность сохранения следов образной памяти у обезьян достигает 16–48 ч (для сравнения: у крысы — 10 с, у собаки — 10 мин).

Изучение поведения обезьян при решении ими задач (например, доставание приманки, находящейся на недосягаемом расстоянии) показало, что оно принципиально отличается от поведения других животных по нескольким параметрам. Во-первых, решение приходит не в результате проб и ошибок, а в результате оценки наглядной ситуации и внезапного нахождения решения, так называемой реакции озарения, или ага-реакции. Во-вторых, имеется широкий перенос найденных решений в похожую ситуацию. И наконец, обезьян отличают орудийная деятельность (т. е. они используют орудия, например палки, ветки, для того чтобы достать добычу) и способность к решению двухфазных задач. При этом первая фаза представляет собой подготовку к решению и не направлена на цель действия (добычу), а может являться, например, соединением двух палок с целью удлинения или подготовкой прутика для открывания защелки. И лишь после этого, на второй фазе, действие направляется непосредственно на цель (например, удлиненной палкой достается приманка). Вместе с тем инстинкты и навыки также играют большую роль в поведении антропоидов.

Таким образом, интеллектуальное поведение человекообразных представляет собой ту верхнюю границу развития психики животных, за которой начинается история развития *человеческого сознания*.

Отличительные признаки сознания. С точки зрения современной науки и ее основных методов происхождение сознания можно понять только как гигантский качественный скачок, качественное преобразование процесса отражения. Сознание возникло благодаря качественно новому способу деятельности — труду. Возникновение и развитие труда привело к дальнейшему развитию мозга и органов чувств. Мозг человека по объему в 3 раза превосходит мозг антропоидов. Отношение веса мозга к весу тела у человека 1 : 35, в то время как у антропоидов — 1 : 200, увеличивается количество нейронов от 3–5 млрд у антропоидов до 15–17 млрд у человека. Усложняется строение мозга, появляются центры речи, усиливается кортикализация функций.

Чем отличается сознательная деятельность человека? Первое отличие заключается в том, что деятельность животных может осуществляться только по отношению к предмету жизненной, биологической потребности. Сознательная деятельность человека не всегда и не обязательно связана с биологическими мотивами, а зачастую даже противоречит им. У человека то, на что направлена деятельность, не совпадает с тем, что ее побуждает. Это проявляется в изготовлении орудий труда, в разделении функций (например, загонщика и охотника) в процессе трудовой деятельности.

Вторая особенность сознания заключается в том, что человек обладает иными формами отражения действительности, не только наглядным, чувственным, но и отвлеченным, рациональным опытом, абстрактным мышлением. Обезьяна, по выражению Келлера, является рабом зрительного поля, т. е. ее отражение ограничено наглядной ситуацией, она отражает непосредственно данные, внешние связи и отношения между предметами. Сознание же человека отражает существенные, устойчивые, закономерные связи между предметами и явлениями окружающего мира, выходит за пределы чувственного опыта.

Решающим фактором развития сознания является возникновение языка. *Язык человека* представляет сложную систему кодов, обозначающих предметы, признаки, действия или отношения, которые несут функцию кодирования, передачи информации и введения ее в различные системы. Основной единицей языка является *понятие*. Именно в понятии отражены и закреплены существенные и устойчивые признаки того предмета, который оно обозначает. Возникновение языка и речи создает условия и возможности для усвоения не только своего индивидуального опыта, но и опыта других поколений — общественно-исторического опыта, что составляет третью важнейшую особенность сознания.

Таким образом, сознание — это высший уровень отражения действительности общественно-развитым человеком.

Структура сознания. В силу сложности феномена сознания каждая из изучающих его наук вносит определенную специфику в определение сознания.

В ряде областей знания существует специфический профессиональный подход. Так, например, в юриспруденции под сознанием понимают способность субъекта к логически обоснованному и адекватно мотивированному замыслу. В медицине

рассматривают сознание исходя из того, что оно может усиливаться и ослабляться, полностью исчезать при обмороке. Говорят об узости и широте сознания, его устойчивости и неустойчивости, ясности, тусклости, мерцании. Когда врач говорит, что сознание больного ясное, он имеет в виду прежде всего нормальную ориентировку человека в окружающем: в месте, времени, а также в своей личности.

Психология рассматривает сознание как специфический феномен духовной жизни человека, характеризующийся целым рядом признаков. Во-первых, сознание есть осознание окружающего мира, это определенная система знаний, исторически сложившихся, непрерывно пополняемых, преломленных через призму личного опыта.

Осознать объект — это значит включить его в систему своих знаний, отнести его к определенному классу предметов, обозначить словом, вербализовать. При этом достоянием сознания могут быть как достоверные, так и недостоверные знания: догадки, вымыслы и пр. В сознании представлено единство чувственного и логического отражения.

Вторым важным признаком и функцией сознания является *отношение* человека к миру, преломленное через систему потребностей. По поводу этой функции сознания Мясищев писал: «Психика и сознание, как высшая ступень психики, представляют единство отражения человеком действительности и его отношения к этой действительности. В каждом акте психической деятельности мы имеем элементы того и другого». Отношение предполагает оценку и переживание этой оценки. Целеполагающая функция сознания — третья важнейшая характеристика — заключается в том, что в функции сознания входит формирование целей деятельности, построение планов и программ деятельности. Еще не начав действовать, человек имеет представление о результатах своей будущей деятельности — «модель потребного будущего», по выражению Бернштейна, или «акцептор действия», по терминологии Анохина. Эта идеальная модель выполняет функцию регуляции деятельности.

Человеческое сознание способно отражать не только внешний мир, но и внутренний мир самого человека. Поэтому четвертой функцией сознания является самоотражение, или рефлексия. Благодаря самосознанию человек осознает себя как индивидуальную реальность, отдельную от природы и других людей. *Самосознание* — это знание своего физического облика, состояния, внутреннего духовного мира, своих возможностей.

Сознание есть высший уровень психического отражения и саморегуляции, присущий только человеку. Сознание формируется в условиях предметно-практической деятельности и общения и представляет собой идеальную модель окружающего мира, других людей и самого себя.

Сознание и неосознаваемое психическое. Соотнесение понятий сознание и психика показывает, что психика более широкое понятие, чем сознание, поскольку психические явления могут носить как актуальный, так и потенциальный характер. Например, хранящиеся в памяти знания, не участвующие в процессах настоящего, не являются актуально сознательными. Даже у вполне развитого человека основной запас опыта хранится за пределами непосредственного контроля сознания. Человек испытывает все физиологически доступные воздействия, но не все

они становятся фактом сознания. Психика является достоянием всех видов животных, сознание же присуще только человеку, да и то не во всяком состоянии. Сознание отсутствует у новорожденных, у некоторых категорий душевно больных, у человека в состоянии сна. Таким образом, в психической сфере человека помимо сознания существует огромная сфера неосознаваемого психического.

В науке до сих пор нет окончательного определения бессознательного. Одни авторы определяют бессознательное как психические процессы, которые осуществляются без контроля сознания, непроизвольно. Другие считают бессознательное основным регулятором внутренних функций и поведения в целом. Третьи рассматривают бессознательное как патологическое состояние психики.

Все теории бессознательного можно условно разделить на две группы. Первая исходит из признания бессознательного как определенной степени интенсивности сознания, основываясь на непрерывности психической жизни (Лейбниц, Сеченов, Узнадзе). Другая группа теорий рассматривает бессознательное как нечто отличное от сознания, как самостоятельный источник активности психики (Гартман, Шопенгауэр, Фрейд).

Идеи бессознательного как определенной динамики человеческой психики давно существуют в философии и психологии. Одним из первых эту идею сформулировал немецкий философ Лейбниц. На основе теории дифференциальных исчислений, которую он создал параллельно с Ньютоном, он открыл, что в психической жизни существуют бесконечно малые величины, которые только путем усложнения превращаются в явления сознания. В своем философском труде «Новые опыты о человеческом разуме» он заложил основы теории сознания. Большой вклад в изучение бессознательного внес французский психолог и клиницист Жане, собравший большое количество клинических и экспериментальных фактов, которые показывали возможность раздвоения личности. На основе этого он делает вывод о том, что психические функции не связаны только с сознанием, некоторые явления могут не осознаваться. К такому же выводу приходит и Сеченов. В своей работе «Рефлексы головного мозга» он критикует точку зрения, согласно которой психика только сознательна, и ясно показывает, что, если по своим механизмам психическая деятельность представляет работу головного мозга, надо считаться с тем, что процессы рефлекторной деятельности как деятельности отражательной есть переход от анализа к синтезу, процесс постепенного образования ассоциаций. Когда маленький ребенок еще только накапливает опыт, его сознание кратковременно, а психические функции прерывны. Прослеживая процесс постепенного усложнения мозга ребенка, Сеченов считает, что одним из доказательств того, что психическая деятельность является сознательной только в своих высших проявлениях, является *онтогенетическое* доказательство. Второе доказательство исходит из исследования каждого отдельного рефлекторного акта, в котором сознание является конечным продуктом. Процесс становится сознательным, а не является таковым с самого начала.

С позиций целостности психики и единства человеческой личности к проблеме бессознательной жизни подходил Узнадзе. Он долгое время занимался исследованием установки и выявил, что в психической деятельности человека имеются две стороны: актуальная и потенциальная. Одна сторона — это реальное, актуаль-

ное действие, акт. Другая — потенциальное, скрытое состояние готовности к действию, которое не осознается, но влияет на характер психического процесса, ни одна деятельность не начинается с пустого места. Эту потенциальную готовность к деятельности, которая содержит предпосылки, определяющие характер и направление деятельности, Узнадзе назвал *установкой*. Он выявил феномен установки в гипнотическом и постгипнотическом состояниях на взрослых и детях и пришел к выводу, что установка не является актом сознания. Следовательно, считал он, незачем употреблять термин «бессознательное», когда есть установка. Однако установка не исчерпывает всех видов неосознаваемой психической деятельности.

Вторая группа концепций в трактовке бессознательного психического берет свое начало от работ французской социологической школы, в частности одного из ее представителей Дюркгейма. В своих работах «Правила социологического метода», «Индивидуальные и коллективные представления» Дюркгейм пытается объяснить двойственность сознания человека. С его точки зрения, общество — это только среда, т. е. совокупность внешних условий, к которым человек должен приспособиться, чтобы выжить. Общество чуждо человеку, его истинной природе. В человеке образуются как бы две инстанции: 1-й слой — социальный, внешний, наружный — сознательное; 2-й — биологическая сущность, инстинкты, влечения — бессознательное, которое представляет ядро психики. Поскольку, с точки зрения Дюркгейма, происходит постоянная борьба между человеком и обществом, сознание и бессознательное психическое находятся в состоянии конфликта. Фактически эту идею развивает в концепции психоанализа Фрейд. Его концепция психоанализа представляет собой сплав социологических идей и клинического опыта. Причины болезни Фрейд видит в конфликте между социальной средой и биологическим началом в человеке. Фрейд разрабатывает учение о трехуровневой организации психики. Нижний уровень представляет собой *бессознательное* психическое, этот уровень включает в себя биологические инстинкты, желания, чувства, аффекты, влечения, главным из которых является либидо — половое влечение. Эта сфера насыщена энергией, но закрыта от сознания в силу социальных запретов, установок, накладываемых обществом. Второй уровень — *предсознание* — уровень волевой регуляции поведения в реальных условиях жизни. Третий уровень — высший — *сознание* — уровень разума, мышления, отражает те требования и запреты, которые накладываются обществом на поведение человека. Поскольку требования, предъявляемые к личности со стороны этих трех уровней, несовместимы, личность постоянно пребывает в ситуации конфликта, от которого она спасается с помощью специальных защитных механизмов. Многие положения и методы, разработанные в русле психоаналитической концепции, широко используются в современных клинической психологии и психотерапии.

Современные представления о феноменологии бессознательного психического позволяют говорить о том, что сознание и бессознательное работают в режиме гармоничного единства. При этом зона максимально ясного сознания невелика. Бессознательное можно определить как совокупность психических явлений, состояний и действий, не представленных в сознании человека, безотчетных и не поддающихся контролю.

В структуру бессознательного психического входит широкий круг явлений:

- *Субсенсорные* (т. е. подпороговые) ощущения и восприятия.
- *Интероцептивные* ощущения, которые не осознаются в норме, когда человек здоров, и начинают осознаваться только при нарушениях состояния здоровья.
- *Автоматизмы* и навыки, которые вырабатываются в течение жизни (например, автоматизм речи, ходьбы, навык письма, рабочие навыки). Сознательная деятельность может выполняться лишь тогда, когда большинство ее элементов автоматизировано. Мы можем следить за смыслом речи и письма, только если их механизм автоматизирован.
- *Импульсивные действия* — действия, совершаемые безотчетно, без контроля сознания. Часто такие действия человек совершает в состоянии аффекта.
- *Информация, которая накапливается в течение всей жизни и хранится в памяти.* Из всей суммы имеющихся знаний в каждый момент в фокусе сознания находится только небольшая ее доля. Формой бессознательной переработки информации является в частности *интуиция*.
- *Установка* как целостное состояние человека, выражающее динамическую направленность личности на активность в каком-либо виде деятельности, устойчивую ориентацию по отношению к определенным объектам.
- *Психические явления, возникающие во сне.* Сон — это не состояние отдыха мозга, а его деятельностное состояние. «Необходимость отвлечения от сигналов внешнего мира (именно это и составляет сущность сна) связана с особенностями организации переработки информации, с заполнением информационной емкости кратковременной памяти, с необходимостью рассортировки информации в долговременную память, в текущую программу деятельности, для уничтожения ненужного» (Вейн). То есть сон как активное состояние мозга характеризуется психической деятельностью, которая не осознается человеком.

Таким образом, сфера бессознательного психического велика и ее нельзя считать низшим уровнем психики, так как это специфически человеческое явление, детерминированное общественными условиями, неразрывно связанное с сознанием.

Контрольные вопросы

1. Отличительными особенностями психического отражения являются указанные, кроме:
   ❶ субъективности;
   ❷ осмысленности;
   ❸ идеальности;
   ❹ активности.

2. Направление в психологии, отрицающее сознание и сводящее психику к различным формам поведения, называется:
   ❶ психоанализ;
   ❷ бихевиоризм;
   ❸ гештальтпсихология;
   ❹ структурализм.

3. Отрасль психологии, изучающая индивидуально-психологические особенности людей:
   ❶ возрастная психология;
   ❷ социальная психология;
   ❸ дифференциальная психология;
   ❹ сравнительная психология.

4. Один из методов психологии, представляющий собой краткие стандартизированные вопросы и задачи, имеющие определенную шкалу значений:
   ❶ эксперимент;
   ❷ беседа;
   ❸ анкета;
   ❹ тест.

5. Психическими процессами являются указанные, кроме:
   ❶ ощущений;
   ❷ мышлений;
   ❸ настроений;
   ❹ памяти.

6. Основоположник направления психологии, считающий источником активности личности неосознаваемые влечения и инстинкты:

❶ Фрейд;

❷ Уотсон;

❸ Сеченов;

❹ Левин.

7. Подход, согласно которому психика возникает лишь с появлением человека и существует только у него, — это

❶ биопсихизм;

❷ панпсихизм;

❸ антропопсихизм;

❹ нейропсихизм.

8. В структуру личности включают указанное, кроме:

❶ направленности;

❷ способностей;

❸ темперамента;

❹ психических состояний.

9. К организационным методам психологии относятся указанные, кроме:

❶ сравнительный;

❷ лонгитюдинальный;

❸ интерпретационный;

❹ комплексный.

10. Направление психологии, основным предметом изучения которого являются целостные образы, — это

❶ психология сознания;

❷ бихевиоризм;

❸ гештальтпсихология;

❹ гуманистическая психология.

11. Создателем первой психологической лаборатории явился:

❶ Вебер;

❷ Фехнер;

❸ Вундт;

❹ Гельмгольц.

Глава 2
ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Ощущения и восприятия

Ощущения и восприятия, являющиеся чувственными образами, составляют начальный, исходный момент в процессе познания человеком мира. Ощущения и восприятия называют чувственными образами, потому что они возникают лишь при непосредственном воздействии раздражителей на органы чувств. Первичным звеном познания являются именно ощущения.

Ощущения имеют огромное значение в жизнедеятельности человека, так как, во-первых, они обеспечивают связь с внешним миром, являются постоянным источником знаний об окружающей среде. Во-вторых, ощущения связаны с внутренней средой организма, благодаря интерорецепции обеспечивается поддержание нормального состояния организма. И наконец, ощущения связаны с потребностями организма и благодаря этому выполняют регулирующую функцию. Показано, например, что уровень чувствительности (вкусовой и обонятельной) существенно изменяется в зависимости от уровня пищевой потребности и регулирует пищевое поведение человека и животных. Ограничение притока сенсорных стимулов вызывает состояние сенсорной депривации. Сенсорная депривация, которую испытывают младенцы, помещенные в дома ребенка или долгое время находящиеся в больнице, где приток сенсорных стимулов, их разнообразие существенно снижены, ведет к развитию «синдрома госпитализма», который проявляется в задержке психического развития ребенка, нарушении его эмоционального развития и снижении темпов интеллектуального развития. В то же время ранняя сенсорная стимуляция оптимизирует и ускоряет психическое развитие. Влияние сенсорной депривации на взрослых людей было изучено и описано в связи с подготовкой космических полетов. Так, Кузнецов и Лебедев приводят данные о том, что в условиях длительной сенсорной изоляции (например, в барокамерах) у кандидатов в космонавты возникали обманы чувств, эмоциональные нарушения, изменения сознания и другие эффекты. Таким образом, адекватная ориентация человека в окружающей среде и в самом себе требует определенного набора ощущений.

Ощущение — это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соот-

ветствующие рецепторы. Физиологическим механизмом ощущений является механизм анализатора, при этом большое значение имеет обратная связь. Для того чтобы охарактеризовать любое ощущение, необходимо выделить его основные свойства. К ним относятся: модальность и качество, интенсивность, временна́я и пространственная характеристики. Охарактеризуем кратко выделенные свойства.

Модальность — основная особенность данного вида ощущений, отличающая его от других видов. В процессе эволюции у человека сформировались основные одиннадцать видов ощущений, обеспечивающих целостное отражение мира и оптимальную адаптацию, — это зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные, температурные, двигательные, или кинестетические, вестибулярные, или равновесия, вибрационные, болевые, органические, или интероцептивные. В каждой модальности отражаются разнообразные качества; так, например, в зрительной представлены такие качества, как яркость, контраст и др., в слуховой — высота, тембр, громкость звука. Соотношение модальности и качества основных видов ощущений представлено в табл. 1.

Интенсивность ощущений зависит от силы действующего раздражителя, от функционального состояния анализатора, а также от индивидуальных особенностей человека. Основной характеристикой анализатора является его чувствительность. Она определяется двумя величинами. Первая из них — это тот отрезок континуума стимулов, воздействие которых вызывает ощущение данной модальности. Для того чтобы возникло ощущение, интенсивность раздражителя должна достигнуть определенной величины. В дальнейшем, с увеличением интенсивности раздражителя, наступает момент, когда анализатор перестает работать адекватно. Всякое воздействие, превышающее некоторый предел, вызывает болевое ощущение и нарушает деятельность анализатора. Интервал от минимальной до максимальной адекватно ощущаемой величины определяет диапазон чувствительности анализатора.

Минимальная величина раздражителя, вызывающая едва заметное ощущение, называется нижним абсолютным порогом чувствительности. По нижнему порогу судят об абсолютной чувствительности анализатора. Она выражается величиной, обратно пропорциональной порогу:

$$E = \frac{1}{i},$$

где E — чувствительность, i — пороговая величина.

Нижний абсолютный порог определяет разрешающую способность органов чувств, у человека она относительно велика. Для глаза достаточно 2–8 квантов лучистой энергии, чтобы вызвать зрительное ощущение, а если чуть-чуть снизить слуховой порог, то человек смог бы услышать шорох, совершаемый молекулами при броуновском движении.

Другой величиной, характеризующей чувствительность анализаторов, является дифференциальный порог, или порог различения. Он определяется минимальным различием между двумя раздражителями, которое вызывает едва заметное различие в ощущениях. Величина, которую нужно прибавить к уже действующему стимулу, чтобы у субъекта возникло ощущение прироста интенсивности, зави-

Таблица 1. Соотношение модальности и качества ощущений (Блум, Лейзерсон, Хофстедтер)

Модальность	Чувствительный орган	Качество	Рецепторы
Зрение	Сетчатка	Яркость, контрастность, движение, размеры, цвет	Палочки и колбочки
Слух	Улитка	Высота, тембр, громкость	Волосковые клетки
Равновесие	Вестибулярный орган	Сила тяжести Вращение	Макулярные клетки Вестибулярные клетки
Осязание	Кожа	Давление Вибрация	Окончания Руффини Диски Меркеля Тельца Пачини
Вкус	Язык	Сладкий и кислый вкус Горький и соленый вкус	Вкусовые сосочки на кончике языка Вкусовые сосочки у основания языка
Обоняние	Обонятельные нервы	Цветочный запах Фруктовый Мускусный Пикантный	Обонятельные рецепторы

сит от его исходной величины. Вебер предложил закон, согласно которому отношение прибавки к величине исходного стимула константно:

$$\frac{\Delta 1}{1} = K,$$

где 1 — величина исходного стимула, Δ1 — величина приращения, соответствующая минимальному различению. Константа различна для разных анализаторов, так, для зрительного анализатора она равна 1/100; это означает, что мы заметим разность в освещении комнаты, если к 200 люксам прибавим еще 2. Для слуха величина константы 1/10, а для тактильной чувствительности — 1/30 исходной величины.

Однако в более поздних исследованиях было показано, что этот закон справедлив лишь по отношению к средней части всего континуума стимулов, вызывающих ощущения. По мере приближения к абсолютным порогам (как к верхнему, так и к нижнему) это отношение меняется. На основании большого экспериментального материала, полученного в современной психофизике при изучении ощущений громкости, яркости, вибрации, тепла и холода, Дж. К. Стивенс и С. С. Стивенс предложили новую формулу психофизического закона, согласно которой

$$F = K\,(\Theta - \Theta_0)n,$$

где F — субъективная величина ощущения; Θ — интенсивность стимула; Θ_0 — абсолютный порог, действующий в данных условиях; K — константа; n — показатель степени.

Эта формула позволяет учитывать значение абсолютного порога чувствительности в данных условиях. Поскольку известно, что значение абсолютного порога изменяется в зависимости от многих факторов (адаптации, маскировки и др.), данная формула позволяет учитывать не только величину раздражителя, но и функциональное состояние анализатора. Известно, что этот психофизический закон, действительный для всех анализаторов, не действует в области боли. Здесь существует почти прямая зависимость между интенсивностями ощущения и силой раздражения в диапазоне до порога выносливости.

Классическая психофизика XIX в. связывала представление о порогах чувствительности органов чувств только с интенсивностью раздражителей. Позднее возникли понятия пространственного и временно́го порогов. Временной порог измеряется длительностью воздействия, необходимой для того, чтобы возникло ощущение. Пространственный порог определяется по минимальным размерам едва ощущаемого раздражителя, его расстоянию от рецептора, положению в сенсорном поле и той площадью, на которую воздействует раздражитель. Наиболее элементарным примером пространственного порога является острота зрения. Она определяется тем минимальным расстоянием между двумя точками, при котором возможно минимальное ощущение их раздельности. Обычно за нормальную остроту зрения принимается такая, порог которой равен 1 угл. мин. *Длительность ощущения* определяется временем действия раздражителя и его интенсивностью. Ощущение возникает не сразу, а спустя некоторое время после начала действия раздражителя. Период от начала действия раздражителя до появления ощущения называется латентным периодом. Латентные периоды простой сенсомоторной реакции при предъявлении раздражителей разной модальности различны и представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы, латентные периоды более молодых и социализированных видов чувствительности менее вариативны, древних видов чувствительности (обонятельной, температурной, вкусовой, болевой) — более вариативны, что свидетельствует об их большей индивидуальной изменчивости.

Под влиянием увеличения интенсивности раздражителя латентный период возникновения ощущения и ответной двигательной реакции уменьшается.

Длительность ощущения определяется также эффектом последействия, который заключается в том, что ощущение не прекращается в момент окончания

Таблица 2. Латентный период простой сенсомоторной реакции (по Ломову)

Анализатор и качество сигнала	Латентный период (м/с)
Тактильный (прикосновение)	90–220[1]
Слуховой (звук)	120–180[1]
Зрительный (свет)	150–220[1]
Обонятельный (запах)	310–390[1]
Температурный (тепло и холод)	280–1600[1]
Вкусовой: соленое	310
Вкусовой: кислое	450
Вкусовой: сладкое	540
Вкусовой: горькое	1080
Вестибулярный аппарат (вращение испытуемого)	400
Болевой	130–890[1]

[1] Указаны наименьшие и наибольшие значения средних величин, полученные разными авторами.

действия раздражителя, а продолжается еще некоторое время, что проявляется в возникновении последовательного образа. Длительность инерции ощущения варьирует от 0,05 до 1 с.

Пространственная характеристика ощущений дает человеку сведения о локализации раздражителя в пространстве, если речь идет о дистантных рецепторах (зрительный, слуховой и др.), или соотносит ощущение с той частью тела, на которую воздействует раздражитель, в случае контактных рецепторов (тактильный).

Как показывают исследования, эти характеристики не являются неизменными. Под влиянием ряда факторов чувствительность изменяется.

Одним из феноменов изменения чувствительности является адаптация.

Адаптацией органов чувств называется изменение чувствительности анализатора под влиянием действующего раздражителя. Адаптация может сопровождаться повышением чувствительности или ее понижением вплоть до полного

исчезновения. Наиболее значительна величина адаптации в зрительном анализаторе. Чувствительность глаза может измениться примерно в 2^{10} раза. Время темновой адаптации составляет примерно 30–40 мин, время адаптации к свету — около 10 мин. Разные анализаторы имеют неодинаковую способность к адаптации. Наиболее быстро адаптация происходит в тактильном, обонятельном анализаторах. Наиболее медленно — в зрительном. Практически не возникает адаптации человека к болевому ощущению, что имеет большое биологическое значение, так как болевое ощущение является сигналом неблагополучия в организме. Если бы была возможна адаптация к боли, то некоторые пациенты надолго задерживали бы, например, визит к стоматологу. Известно, что условия деятельности, связанные с постоянной переадаптацией анализаторов, вызывают быстрое утомление. (Например, работа за монитором компьютера с постоянно меняющейся освещенностью экрана.)

Классификация ощущений. На протяжении последнего столетия неоднократно предпринимались попытки классификации, упорядочения всего многообразия ощущений. Известна, например, классификация ощущений Вундта, который предложил разделить ощущения на 3 группы в зависимости от того, какие преимущественно характеристики внешней среды отражаются: пространственные, временны́е, пространственно-временны́е. Ухтомский предложил разделить все ощущения на 2 группы: высшие и низшие. К высшим он относил те виды ощущений, которые дают наиболее тонкий разнообразный, дифференцированный анализ, например зрительные, слуховые. К низшим — такие виды ощущений, которые характеризуются более грубой, менее дифференцированной чувствительностью (например, болевая, тактильная). Однако наиболее общепринятой является в настоящее время классификация Шеррингтона, в основу которой положен «принцип отнесенности рецепторного органа к рецепторному полю», т. е. учитываются место расположения рецептора и местонахождение источника раздражения. В соответствии с этим все ощущения делятся на 3 группы.

Экстерорецепторы — рецепторы внешней среды. Деятельность этих рецепторов направлена на распознавание воздействий внешнего мира, что имеет первостепенное значение для отражения в сознании человека объективной действительности. К этой группе относятся зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные, температурные, болевые ощущения. Вторая группа рецепторов носит название *проприорецепторов* и включает в себя органы чувств, отражающие движение и положение тела в пространстве. Она включает мышечно-суставные, или кинестетические, вибрационные, вестибулярные (ощущения равновесия и ускорения). Третья группа включает рецепторы, расположенные во внутренних органах, носит название *интерорецепторов*. По характеру стимуляции все рецепторы внутренних органов независимо от их локализации делятся на несколько видов: хеморецепторы, терморецепторы, болевые рецепторы и механорецепторы, отражающие изменение давления во внутренних органах и кровяном русле. Механорецепторы принимают участие в формировании ощущений тяжести и положения тела в пространстве. Пороги органической чувствительности изучены недостаточно, известно лишь, что условием возникновения органических ощущений является переход организма от одного состояния в другое (Ананьев). Ощущения, идущие из вну-

тренних органов, в норме человеком не осознаются, но предстают в сознании в виде общего самочувствия, ощущения здоровья или болезни, «смутного валового чувства» (Сеченов). Этот общий фон самочувствия создает органическую основу настроения человека.

Таким образом, три основных вида ощущений объединяются в зависимости от того, что они отражают: внешний мир, положение и движение тела в этом внешнем мире или деятельность внутренних органов. Конечно, такая классификация относительна, поскольку многие из видов ощущений представлены рецепторами, имеющимися и на поверхности тела, и во внутренней среде организма, как, например, температурный, тактильный. Кроме того, на характер чувствительности практически всех органов чувств существенное влияние оказывает внутреннее состояние организма. Особенно отчетливо это видно на примере вкусовой и обонятельной чувствительности, которые наиболее тесно связаны с обменными процессами. Экспериментально показано, что при голодании резко повышается чувствительность к сладкому, в меньшей степени к соленому; к горькому и кислому чувствительность, напротив, снижается. Такое изменение чувствительности связано с изменениями углеводного и минерального обмена, влияющего на потребность в сахаре и соли и соответственно на чувствительность к сладкому и соленому. Общеизвестно изменение вкусовой и обонятельной чувствительности у беременных женщин, у которых имеется глубокая перестройка всех функций организма. Показано, что у беременных особенно значительно повышается органическая внутренностная чувствительность и изменяется отношение к своему телу как источнику жизни будущего ребенка. Собственное тело становится в этом случае предметом деятельности и познания, чем и объясняется повышение органической чувствительности. Таким образом, ощущения (вкусовые и обонятельные) отражают не только химические свойства внешней среды, но и *состояние организма*. Исследованиями американских психологов установлено, что количество отвергаемых видов пищи повышается с увеличением вкусовой чувствительности. Например, астеники, по классификации Кречмера, имеют более высокую чувствительность к горькому. Они отвергают большее количество видов пищи, чем их антиподы пикники. Избирательность вкуса и обоняния астеников и «всеядность» пикников определяется совершенно разной организацией всей живой системы этих типов и проявляется в организации поведения, создании определенного «жизненного стиля», характерного для каждого из этих типов.

Примером взаимодействия анализаторов является *соместезия*. Соместезия — комплексное образование, объединяющее все виды кожной рецепции, кинестезию, интерорецепцию и зрительные ощущения и формирующее *схему тела*. Механизмы формирования схемы тела изучены пока недостаточно, но именно схема тела является «сенсорным источником личности», по выражению Сеченова. При изучении такого психологического феномена, как Я-человека и при определении его структуры к первичному уровню — ядру Я — относят чувство существования тела, включающее комплекс ощущений и эмоций. Таким образом, очевидной является связь сенсорной сферы с субъективной стороной жизни человека, со становлением и развитием его самосознания.

Важнейшим фактором, влияющим на уровень чувствительности, является взаимодействие анализаторов. Все анализаторы функционируют не изолированно, они представляют собой единую сложную систему, все части которой теснейшим образом взаимосвязаны. Воздействие раздражителя на любой анализатор не только вызывает его реакцию, но и приводит к тем или иным изменениям всех других анализаторов. Известно, например, что цветочувствительность повышается при одновременном воздействии на человека звука: чувствительность к красно-оранжевым цветам понижается, к зелено-синим повышается (данные Кравкова). Слабое действие побочных раздражителей (например, обтирание холодной водой лица, рук, затылка или медленное разжевывание кисло-сладкой таблетки) повышает чувствительность ночного зрения (Кекчеев). Слабые болевые ощущения повышают чувствительность практически всех анализаторов. Таким образом, воздействуя на одни анализаторы, можно целенаправленно изменять уровень чувствительности других. При этом общим правилом может быть следующее: сильные воздействия на какой-либо анализатор понижают уровень чувствительности других, слабые — даже подпороговые раздражители — повышают.

Одним из проявлений взаимодействия ощущений является *синестезия*. Синестезия — это возникновение под влиянием раздражения одного анализатора ощущений, характерных для другого анализатора. Этот феномен особенно ярко проявляется и используется в эффекте цветомузыки. «Цветовым» слухом обладали такие известные деятели искусства, как Скрябин и Чюрленис. В современных исследованиях этот эффект изучается как кроссмодальное взаимодействие и его разновидность — кроссмодальный перенос. Наиболее полно он изучен в зрительно-осязательной модальности. В исследовании зрительно-осязательных взаимодействий психологи столкнулись с ситуацией, которую можно расценивать как конфликтную. (С точки зрения когнитивной психологии конфликтной считают информацию, полученную от разных модальностей одновременно.) Указанный феномен может рассматриваться как внутриличностный конфликт. При конфликтном взаимодействии осязания и зрения доминирующая модальность служит основным источником информации и подавляет конкурирующую модальность. Время обработки такой информации значительно увеличивается, а качество снижается, что и свидетельствует о наличии конфликта. Причем этот конфликт касается не только познавательных структур, но и более глобального уровня личностных структур, так как возникает субъективный диссонанс в процессе освоения мира. Суть кроссмодального переноса заключается в том, что информация, полученная с помощью одного из сенсорных каналов (например, зрительного), используется затем определенным образом в условиях функционирования другого сенсорного канала (например, тактильного). Механизмы, реализующие кроссмодальный перенос, имеют двойственную природу: базовую интермодальную интеграцию и связи, образующиеся в результате жизненного опыта.

Огромное влияние на изменение чувствительности оказывает практическая и познавательная деятельность человека. В частности, в процессе профессиональной деятельности происходит *сенсибилизация*, т. е. повышение чувствительности органов чувств под влиянием упражнения. Известно, что у шлифовщиков резко повышается острота зрения и они видят просветы до 0,0005 мм, в то время

как нетренированные — всего до 0,1 мм. Профессиональные красильщики различают до 40 оттенков черного цвета, а сталевары по оттенкам цвета горячего металла могут определить температуру плавки. В процессе и под влиянием деятельности прежде всего изменяется разностная, дифференциальная чувствительность. Абсолютная чувствительность в меньшей мере поддается тренировке.

Сенсорная организация человека — этот термин впервые был предложен Ананьевым в 1960 г. По мнению ученого, сенсорная организация относится к наиболее важным проявлениям исторической природы человека и к коренным феноменам жизнедеятельности, связанным с глубинными слоями структуры человеческого развития и личности. В этом свете широко распространенное и в настоящее время представление о том, что сенсорно-перцептивные процессы относятся к низшим психическим функциям и, составляя периферию субъекта, не входят в его основную структуру и индифферентны к личности, является устаревшим.

В структуру сенсорной организации включается система постоянных межанализаторных связей, общий состав чувственного отражения. Определяющими для формирования сенсорной организации являются среда обитания, образ жизни и способ жизнедеятельности. Эти факторы обусловливают соотношение видов рецепции в данной сенсорной организации, определяют ее ядро, т. е. группы анализаторов, специфичные для данной среды обитания. У рыб, например, такое ядро составляют орган боковой линии и хеморецепция. У обезьян кинестезия, зачатки активного осязания и зрение образуют сенсорную ось. Выделение ведущих органов чувств, составляющих сенсорную ось у животных, определяется видовой принадлежностью. У человека — индивидуальными особенностями, прежде всего характеристиками чувствительности, а также особенностями деятельности. В связи с этим необходимо выделить такое свойство сенсорной организации, как *сенситивность* — уровень чувствительности анализаторов.

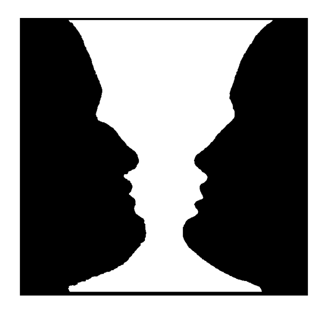
Уровень сенситивности и ведущие анализаторные системы определяют индивидуальные особенности человека. Структура сенсорной организации человека является условием успешной социализации. Формирование таких качеств, как впечатлительность, эмпатийность, наблюдательность, существенно связано с сенсорной организацией. Кроме того, сенсорная организация лежит в основе формирования способностей человека к различным видам деятельности. Знание и учет ведущей анализаторной системы очень важны при общении людей, организации обучения, так как несовпадение способов подачи информации и ее приема существенно затрудняет взаимодействие людей и понимание. Известно, что большая часть учителей, например, предпочитает зрительную подачу информации. При этом дети, у которых ведущей сенсорной системой является слуховая или кинестетическая, могут испытывать существенные трудности.

В этом смысле универсальным является тактильный анализатор. В многочисленных экспериментах было показано, что касание, короткое и легкое прикосновение руки мощно снижает дискомфорт, уменьшает или даже снимает барьер между психотерапевтом и клиентом, повышает активность и самораскрытие последнего. В настоящее время этот эффект активно используется в психотерапевтической практике, например в рамках так называемой телесно-ориентированной психотерапии.

Современное развитие культуры все больше внимания уделяет разнообразию зрительных ощущений, меньше слуховым, еще меньше — обонятельным и вкусовым, осязание по степени обращаемости стоит почти на последнем месте. Доминирование зрительной системы говорит о том, что цивилизация идет по пути визуализации чувственного опыта и обедняет «сенсорный словарь». Из многочувствующего человек все больше и больше превращается в смотрящего, эта тенденция усиливается тенденцией компьютеризации среды. Развитие техники достигло такого уровня, который позволяет создавать устройства, способные вызывать иллюзии многих ощущений вместо самих ощущений. Наиболее ярким примером является так называемая виртуальная реальность. Такого типа устройства полезны для обучения взрослых специалистов (водолазов, пилотов, операторов и др.), но являются вредными для детей, у которых еще не сформировались устойчивые пространственные и межанализаторные связи. Для гармоничного развития личности и ее здоровья депривация какой-либо сенсорной системы недопустима. Эффективное использование природного потенциала человека, заключенного в его сенсорно-перцептивной организации, требует активного включения в деятельность всей разнообразной по составу системы органов чувств.

Восприятие основывается на ощущениях, возникает из них, но вместе с тем обладает определенными особенностями, не сводимыми к отдельным ощущениям. Восприятие отражает предмет как целое в совокупности всех его свойств, поэтому восприятие определяется как целостный образ предмета. Если ощущение мономодально, то восприятие полимодально. Оно формируется на основе совместной деятельности ряда анализаторов, объединенных в функциональную систему. При этом какой-либо из анализаторов играет ведущую роль в формировании образа. Восприятие предмета возможно лишь при условии выделения предмета из окружающей среды (фона, на котором он находится). При этом предмет и фон динамичны, особенно хорошо это видно в двойственных изображениях, содержание образа в которых меняется в зависимости от того, что принимается за фон (рис. 3).

Фон обычно является неограниченным и неопределенным. Фигура ограничена, рельефна, она обладает предметностью. Способствуют выделению предмета из фона контрастность предмета и фона, необычность предмета. Например, на рентгенограмме легких круглая тень гораздо лучше выделяется на фоне нормального легочного рисунка, чем на фоне диссеминированного процесса. Как показали исследования Зинченко, Ярбуса и др., в процессе выделения предмета из фона



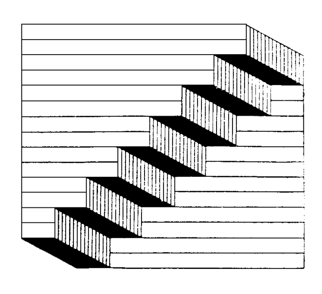




Рис. 3. Восприятие предмета в зависимости от фона

совершаются микродвижения глаз, как бы обводящие его по контуру, что также способствует выделению предмета из фона.

Для восприятия характерно единство целого и частей, единство анализа и синтеза. Это проявляется в таких свойствах восприятия, как *целостность* и *структурность*. В процессе ознакомления с предметом возникает масса ощущений, которые могут значительно различаться по своим характеристикам и условиям возникновения, различные свойства предмета могут отражаться с большей или меньшей полнотой, разной степенью точности, последовательно или одновременно. Несмотря на разнообразие и множественность ощущений, предмет отражается как единое целое. Причем иногда эта целостность формируется вопреки тому, что в фигуре отсутствуют некоторые детали.

Например, фигура ⌐_ воспринимается как квадрат, несмотря на незавершенность контура. Другим примером может быть наша речь; известно, что мы никогда не проговариваем полностью абсолютно все звуки, тем не менее слова и фразы воспринимаются целостно, законченно. На основе имеющегося опыта, знаний в процессе восприятия происходит объединение отдельных элементов в единое целое. Исследователями были выделены факторы организации материала в единый целостный образ. Приведем некоторые из них, выделенные Осгудом:

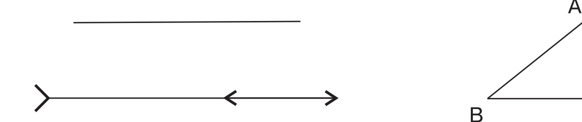
1) фактор близости ‖ ‖ ‖ : стремятся к объединению близко расположенные детали или предметы;
2) фактор продолжения, работает в противовес близости][ ][ ][;
3) фактор замкнутости: замкнутость исключает возможность группировки близких частей раздельных фигур] □ □ [.

Все это означает, что наше восприятие стремится объединять, структурировать отдельные элементы в единое целое. При этом, по выражению Арнхейма, законы гештальта «свидетельствуют о стремлении восприятия к достижению наиболее простой в структурном отношении конфигурации».

С целостностью перцептивного образа связана его *структурность*. Структурность заключается в том, что в целостном образе отражаются взаимоотношения различных свойств и частей, т. е. *структура* предмета. Именно благодаря структурности мы узнаем предметы независимо от того, из какого материала они изготовлены. Прослушивая одну и ту же мелодию, исполненную на разных музыкальных инструментах, дающих звуки различного тембра и высоты, мы узнаем ее, если сохранится соотношение между звуками, т. е. сохранится ее структура. Значение таких структур, не сводимых к свойствам входящих в восприятие частей или элементов, подчеркнул Эренфельс, он назвал их Gestaltqualität — качеством формы. Значение структуры и целого для восприятия входящих в его состав частей очень ярко проявляется в оптико-геометрических иллюзиях.[1] Например, воспринимаемая величина фигур зависит от окружения, в котором они даны:

---

[1] *Иллюзия* — неправильное, искаженное восприятие какого-либо предмета или явления, действующего в данный момент на органы чувств. Причины, порождающие иллюзии восприятия, могут быть разные: а) физические (ложка в стакане чая кажется переломленной на границе жидкости); б) физиологические (иллюзия противовращения, иллюзия контраста температур); в) психологические — определяемые целостностью восприятия.





1. Иллюзия Мюллера—Лайера 2. Иллюзия параллелограмма

Восприятие направления каждой линии, входящей в состав целого, также зависит от структуры целого:



Влияние целого на части проявляется также в том, что цвет фигуры влияет на восприятие ее размеров (белые или вообще светлые предметы кажутся больше, чем равные им черные или темные. Так, человек в светлом платье кажется полнее, чем в темном), яркость освещения влияет на оценку воспринимаемого расстояния. А один и тот же желто-зеленый кружок воспринимается как зеленый в окружении сине-зеленых кружков и как желтый в окружении желтых (Веккер).

Если предмет не выделен из фона, разрушена его целостность и структура, то он становится для нас полностью незаметным. Эти психофизиологические закономерности восприятия используются в маскировке объектов, когда предмет окрашивают под цвет фона, сливают с ним, а с другой стороны, с помощью разноцветных пятен, камуфляжа, разрушают структуру предмета и его целостность.

Важной особенностью восприятия является его *константность*. Под константностью восприятия понимают относительное постоянство воспринимаемой величины, формы и цвета предмета при изменении условий восприятия. В повседневной жизни условия восприятия предметов (освещенность, положение в пространстве, удаленность от наблюдателя и т. д.) непрерывно изменяются. Соответственно этому изменяются и рецепторные процессы, например величина сетчаточного изображения, вместе с тем образ предмета остается постоянным. Константность имеет большое значение в организации восприятия, так как при отсутствии константности человек не мог бы выделять отдельные предметы, окружающий мир предстал бы перед нами как мелькающий, постоянно изменяющийся поток ощущений, как хаос. Примером константности величины является постоянство восприятия размеров фигуры человека, удаленного на расстояния в 5 и 10 м: несмотря на изменение размеров сетчаточного изображения, размеры объекта отражаются как неизменные. Белую бумагу мы воспринимаем как бе-

От иллюзий следует отличать *галлюцинации*. Галлюцинации — это чувственный образ, непосредственно не зависящий от внешних впечатлений и вместе с тем имеющий для галлюцинирующего характер объективной реальности (Кандинский). Во время галлюцинаций человек ничего не воспринимает, это след ранее бывших восприятий, болезненные представления, возникающие в сознании. Закрыв глаза, больные продолжают видеть, а заткнув уши — слышать.

лую даже при лунном освещении, хотя она отражает примерно столько же света, сколько черный уголь на солнце. Механизмы константности не являются врожденными, они формируются в онтогенезе, при этом основные параметры оказываются сформированы к 2 годам, но ее развитие продолжается до 14 лет. Лурия приводит пример слепорожденного и прозревшего в результате операции больного, который думал, что может выйти на улицу из окна 3-го этажа, так как воспринимал объекты, находящиеся внизу, как маленькие по величине, а не как удаленные. Основной предпосылкой константности является отражение ситуации, в которой воспринимается объект. Как показали исследования, восприятие цвета, величины, формы незнакомого предмета изолированно от ситуации — аконстантно. Большое значение имеет прошлый опыт, связанный с ви́дением предметов на разном расстоянии. Не случайно становление константности наиболее активно происходит в период овладения ходьбой, т. е. в возрасте до 2 лет. И наконец, одним из механизмов константности является способность перцептивной системы корректировать ошибки, вызванные изменением условий восприятия. Константность не является абсолютной. С увеличением дистанции наблюдения коэффициент константности уменьшается. При удалении предмета сначала разрушается константа величины, затем формы и, наконец, цвета. Восстановление происходит в обратном порядке.

Восприятие человека *осмысленно*, перцептивные образы всегда имеют определенное смысловое значение. Осмысленность восприятия означает, что в него включается мышление. Благодаря этому, воспринимая предмет, человек обозначает его словом, относит к определенному классу предметов. Это единство чувственного и смыслового содержания восприятия проявляется и в том, что обозначение предмета словом существенно облегчает и ускоряет его узнавание. В патологических случаях, при агнозиях — зрительной или слуховой, больной может воспринимать чувственные свойства вещей, их форму, но они утрачивают для него значение, он перестает их узнавать, не знает названия этих предметов, не в состоянии ими пользоваться.

В восприятии отражается вся многообразная жизнь личности, так как воспринимает не изолированный глаз или ухо, а конкретный живой человек. Зависимость образов восприятия от содержания психической жизни человека, от особенностей его личности, прошлого опыта и жизненного пути называется *апперцепцией*. Влияние жизненного опыта очень ярко демонстрируется в кросскультурных исследованиях. Бэгби показывал испытуемым через стереоскоп диапозитивы так, что разные глаза видели разное изображение. Испытуемые (мексиканцы и американцы) рассматривали сразу два изображения, одно — типичное для американской культуры (игра в бейсбол, девушка-блондинка и т. д.), другое — типичное для мексиканской культуры (бой быков, черноволосая девушка и т. п.). Соответствующие фотографии имели сходство по форме, контуру и пр. Хотя некоторые испытуемые замечали, что им предъявлены две картины, большинство видели только одну картину — ту, которая им была больше знакома, которая типична для их опыта (Шибутани).

Влияние установки на восприятие человека проявляется также в феномене, продемонстрированном в огромном количестве экспериментов, когда одно и то же

лицо воспринимается как злое и жестокое, если испытуемым заранее сказать, что человек, изображенный на фотографии, — преступник; как доброе и мужественное, если заранее известно, что это человек гуманной профессии, совершивший мужественный поступок для спасения жизни людей.

Большое влияние на восприятие оказывает эмоциональное состояние человека. Известно, например, что в состоянии возбуждения время как бы ускоряет свой бег, в состоянии тоски и подавленности — замедляет. Больные в состоянии депрессии всегда пессимистичны и предчувствуют катастрофу, они склонны даже радостные события воспринимать в черных тонах. Жане, известный клиницист, описывает восприятие такой пациентки следующим образом: «Девушка 27 лет находится на отдыхе в санатории. Я хочу ее обрадовать и сообщаю, что жена ее брата, которую она очень любит, родила ребенка и малыша собираются привезти к ней в гости, чтобы она смогла на него посмотреть и поцеловать его. "Не делайте этого, — отвечает она. — Автомобиль врежется на улице в деревья; моя мать, кормилица и ребенок разобьются. О, как это ужасно!"» (Жане). Интересы и направленность личности обеспечивают избирательность восприятия. Человек, увлеченный делом, идеей, любую информацию воспринимает под углом зрения этого дела, идеи.

В последние годы накоплен большой экспериментальный материал, показывающий роль моторных процессов в организации восприятия. Как в зрительной, так и в осязательной модальности имеются микро- и макродвижения, благодаря которым обеспечивается непрерывная смена точек фиксации взгляда или точки касания руки с объектом, что обеспечивает сохранение чувствительности на оптимальном уровне. Известно, что не меняющееся по цвету и яркости изображение, стабилизированное относительно сетчатки, через 2–3 с становится невидимым. Его восприятие можно продлить на некоторое время с помощью модуляций света, но эти образы оказываются неадекватными, в этих условиях, например, не различаются плоские и объемные объекты.

Таким образом, восприятие — это активный процесс, на характер протекания которого влияет не только деятельность перцептивной системы, но и внутренние характеристики субъекта.

К сложным формам восприятия относятся восприятие пространства, восприятие времени, восприятие движения. В восприятии времени различают восприятие временно́й длительности и восприятие временно́й последовательности. Непосредственное переживание времени обусловлено органическими ощущениями и связано с ритмическими процессами в организме: частотой пульса, дыхания и т. п. Оценка длительности временны́х отрезков зависит от содержания деятельности: временной отрезок, заполненный интересной, содержательной деятельностью, субъективно оценивается как короткий, т. е. недооценивается; пустые, не заполненные интересной деятельностью, оцениваются как более длинные, т. е. переоцениваются. (Все знают, как бесконечно долго тянутся скучные уроки в школе.) Восприятие времени зависит также от установки: при ожидании неприятных событий время летит быстро; но, как томительно долго ползет время, если мы ждем какого-либо приятного события (встречи с любимым человеком, например). В воспоминании — наоборот: чем более заполненным является отрезок времени,

тем более длительным он представляется в воспоминании. В целом для восприятия времени характерной является тенденция к переоценке малых интервалов и недооценке больших интервалов. Помимо этих общих факторов восприятие времени зависит от эмоционального состояния человека. Так, в исследованиях, проведенных на клиническом материале, выявлено, что маниакальные больные обнаружили резко выраженные недооценки временны́х интервалов (иногда в 2 раза), при этом ими отмечалось переживание «летящего» времени. Больные, находящиеся в депрессивном состоянии, дают переоценку предъявленных им временны́х интервалов и отмечают «тягучесть» времени (Рубинштейн). Зависимость восприятия времени от возраста проявляется в том, что детям кажется, что время тянется медленно, и одни и те же временны́е интервалы они, как правило, переоценивают, в то время как взрослые их недооценивают, т. е. субъективно у взрослых время летит быстрее. Профессия и деятельность человека также оказывают влияние: известно, например, что медицинские работники с большей точностью, чем представители других профессий, отмеривают и оценивают минутные интервалы, а педагоги — 45-минутные.

Важнейшей характеристикой времени является его необратимость. Восприятие необратимой последовательности событий во времени предполагает установление связей между разными отрезками и событиями жизни. В последние годы большой интерес исследователей вызывает проблема восприятия человеком прошлого, настоящего и будущего своей жизни, соотношение между ними. Было показано, что важнейшим фактором развития личности является положительное, оптимистичное восприятие своего будущего. В исследованиях, проведенных на наркоманах, было показано, что они воспринимают будущее время своей жизни как очень короткое, продолжительность предстоящей жизни, планируемая подростками-наркоманами, составляет всего 5–7 лет. Кроме того, их представление собственного будущего насыщено отрицательными эмоциональными переживаниями или безразличием (Горбатов). Своеобразное смещение в восприятии собственной жизни происходит у инвалидов, которые все основные события своей жизни датируют прошлым и практически в будущее не проецируют никаких значительных событий. Такое восприятие времени своей жизни нарушает адаптивные возможности личности. «Настоящее — отправная точка, из которой определяется и прошлое, и будущее...» — писал Рубинштейн.

Представление. На основе ощущения и восприятия возникает более сложная форма чувственного отражения — *представление*. Представление — вторичный чувственный образ предмета, который в данный момент не действует на органы чувств, но действовал в прошлом (Ломов). Представления приобретают особую роль с развитием систем дистанционного управления, когда оператор должен с большой степенью точности представить себе процессы, происходящие в управляемой системе.

Представления можно рассматривать как переходное звено между чувственным образом (ощущением, восприятием) и абстрактным мышлением. В зависимости от уровня бодрствования и характеристик деятельности представления, с одной стороны, включаются в память, воображение, мышление (его образные формы), с другой — создают образы сновидения. Представления сопровождают че-

ловека на протяжении всей его жизни: образ знакомого человека возникает в нашем сознании и тогда, когда этого человека уже нет; образ родных мест живо встает перед нашим умственным взором. Общим для всех представлений является то, что предмета или явления уже нет, а отражение их продолжает развиваться. Течение представлений развертывается во «внутреннем пространстве, никогда не выносится наружу. Этим отличается представление от галлюцинаций, «когда внутренний образ "выводится наружу", помещается во внешнем пространстве и становится навязчивой устрашающей силой» (Ананьев).

Если образ восприятия непосредственный и сиюминутный, то образ представления опосредованный, а следовательно, менее яркий. В представлениях сохраняются преобладающий цвет предмета, его контуры и форма, относительная величина и местоположение. Вместе с тем с переходом от восприятия к представлению часть информации исчезает, теряется. Происходит схематизация образа — одни признаки объекта подчеркиваются и усиливаются, другие затушевываются и редуцируются. Как правило, сохраняются конструктивные точки, которые являются более информативными. Образ представления может быть неполным, изменяется величина предметов, форма воспринимается обобщенно, без деталей. Цвет становится менее насыщенным, исчезают оттенки, цвет сдвигается к основным тонам или заменяется ахроматическим. В представлениях предмет как бы отрывается от фона и может быть воспроизведен либо без него, либо на измененном фоне.

Что нового появляется в представлении? Этим новым является бóльшая обобщенность представления по сравнению с восприятием. В представлении происходит отвлечение от частностей объекта и его окружения, отражаются самые общие свойства. Например, врач много раз видел больного в разных состояниях и ситуациях, и из этой массы восприятий складывается обобщенный образ данного человека и его болезни, в котором сохраняются наиболее типичные, устойчивые, повторяющиеся признаки, отсеивается случайное, лишнее, формируется образ — представление о картине болезни и личности больного.

В формировании образов представлений большое значение имеют изменения, происходящие в периферических звеньях анализаторов. Эти изменения аналогичны тем, которые происходят в процессе восприятия. При зрительных представлениях происходят слабые сокращения глазных мышц, при осязательных и кинестетических представлениях — микродвижения соответствующих мышечных групп (идеомоторный акт). На этой основе строится система так называемой идеомоторной тренировки. Прием, который широко используется в спорте, когда спортсмен многократно мысленно «проигрывает» трудновыполнимое движение, что обеспечивает впоследствии большую легкость его реального исполнения. Этот прием может быть использован при подготовке к любой трудной деятельности, например многократное мысленное «проигрывание» необходимой последовательности действий хирурга при подготовке к сложной операции.

Таким образом, представления, являясь наглядными, чувственными образами, в то же время содержат в себе элементы абстракции и обобщения, обозначая тем самым переход от ощущения к мышлению, от чувственного познания к логическому.

Мышление

Высшей ступенью познания является мышление. Мышление, основываясь на чувственных образах и представлениях, отражает связи и отношения между предметами и явлениями материального мира. Мышление характеризуется рядом особенностей, которые отличают его от других познавательных процессов.

Во-первых, в мышлении отражаются не только внешние, воспринимаемые свойства предметов, но и *внутренние*, существенные связи и отношения. Если в восприятии и представлении предмет отражается как целое, то в мышлении рассматриваются как минимум два компонента, между которыми устанавливаются определенные связи, отношения. Это обеспечивает более глубокое и точное отражение, так как вскрывает общее в предметах и явлениях, позволяет познать существенные их свойства, их сущность. Благодаря этому появляется возможность на основе наблюдения одних явлений познавать другие, связанные с ними. Это же создает возможность прогнозирования.

Во-вторых, мышление есть процесс *опосредствованного* отражения. Опосредствованный характер мышления выражается в том, что человек, решая какую-либо задачу, оперирует знаниями и методами, сложившимися в процессе исторического развития общества, выходит за пределы того, что дано непосредственно в ощущениях, восприятиях, представлениях. Это создает возможность получить новые знания о предметах и явлениях. Так, Фалес, решив измерить длину пирамиды, не мог сделать это непосредственно, а выполнил с помощью вычислений, измерив тень от пирамиды и рядом стоящего дерева при одинаковом положении солнца.

Третьей важнейшей особенностью мышления является его *обобщенность*. Элементарное обобщение возможно уже на ступени чувственного познания. Однако там оно основывается на непосредственно доступных внешних, поэтому часто несущественных, свойствах предметов и ограничено пределами индивидуального опыта человека. Так, в восприятии отражается единичный объект (например, конкретный человек определенного роста, пола, возраста, внешности). В представлении — общие признаки класса предметов (например, общие внешние признаки человеческой фигуры), в мышлении же отражаются существенные признаки на разных уровнях обобщенности. Это позволяет соотнести индивидуальные и видовые признаки, видовые и родовые (например, понятие о человеке как представителе биологического вида, характеризующемся сознанием, членораздельной речью, трудовой деятельностью, производством орудий труда).

Таким образом, *мышление* — это опосредованное и обобщенное отражение существенных и закономерных связей и отношений между предметами и явлениями объективной реальности. Важнейшей особенностью мышления является его проблемный характер. Началом мыслительного процесса является постановка вопроса, выделение проблемы. Главным мотивом выдвижения проблемы является практическая потребность познания, потребность что-то понять в действительности. Выделение проблемы, как правило, сопровождается определенным эмоциональным возбуждением, интересом и сосредоточением внимания. Мы на-

чинаем думать не тогда, когда все понятно, известно, а тогда, когда что-то еще остается непонятным, неизвестным, когда необходимо отделить незнание от знания. Мышление имеет фазовый характер, хотя эти фазы могут быть и не заметны для человека, но, как правило, вслед за постановкой проблемы наступает фаза выдвижения и перебора гипотез, а затем их проверки. Построение гипотезы является чрезвычайно сложным логическим процессом. Бруннер выделяет различные типы выдвижения и проверки гипотез:

1) с самого начала человек формулирует все возможные гипотезы, последовательно их проверяет и исключает ложные;
2) формулируется одна гипотеза, она проверяется и лишь затем формулируется вторая гипотеза;
3) гипотеза вообще не формулируется, а предпринимаются попытки случайно натолкнуться на верное решение;
4) азартный поиск решения характеризуется бессистемностью действий (выдвинув одну гипотезу и не до конца ее проверив, человек берется за проверку другой или одновременно начинает проверять разные взаимоисключающие гипотезы).

Окончательным звеном мыслительного процесса является вывод, ответ, решение. В формулировании, проверке гипотезы и применении ее на практике большую роль играет отношение к возможной ошибке. Некритичное отношение к ошибке может завести исследователя в тупик. Правильное понимание ошибок обогащает исследователя. Типы принятия решений также могут быть разными. Так, Кулюткин и Сухобская выделяют 3 типа принятия решений: импульсивное, уравновешенное, осторожное.

Мышление осуществляется в форме речи, при этом основным элементом мысли является *понятие*. Понятие отражает общее, существенное, закономерное в предметах и явлениях действительности. Понятие обозначается словом, поэтому мыслить понятиями — это значит мыслить словами. Понятия формируются в процессе исторического развития человечества и усваиваются в процессе индивидуального развития человека. В процессе формирования понятий отражается развитие мышления, умение выделять в предметах существенные признаки и обобщать по этим существенным признакам. Выготский и его ученик Сахаров, изучая процесс формирования понятий у детей, установили, что он проходит 3 ступени: на 1-й ступени — неупорядоченного множества — обобщение происходит по случайным признакам (так, ребенок 2 лет называет одним словом «киса» и, следовательно, объединяет в одну группу и меховую игрушку, и меховую шапку, и живую кошку). На 2-й ступени — мышления в комплексах — объединение предметов происходит по внешним, несущественным признакам (объединяя в группы геометрические фигуры, ребенок делает это на основании цвета фигур, а не их формы, которая для геометрической фигуры является существенным признаком). И наконец, на 3-й ступени — истинных понятий — появляется возможность объединения предметов в группы по общим, существенным признакам. Выготский считает, что это происходит в возрасте 15–16 лет. Понятия могут быть разной степени обобщенности: человек—мужчина—инженер; время года—зима—январь

и т. п. Оперирование понятиями может осуществляться в разных формах, прежде всего в форме суждений и умозаключений.

Суждение — это утверждение или отрицание каких-либо связей или отношений между предметами или явлениями. Суждения могут быть общими (все растения имеют корень; воспалительные процессы сопровождаются повышением температуры), частными (некоторые лекарственные средства имеют побочные действия), единичными (этот пациент болен гриппом). К суждениям приходят как непосредственно, когда в них констатируется то, что воспринимается, так и опосредованно, путем *умозаключений*. Умозаключение представляет оперирование не отдельными понятиями, а суждениями. Каждое умозаключение состоит из нескольких суждений (посылок) и следствия из этих посылок. Возьмем два суждения: животный белок является аллергеном. Молоко содержит животный белок. Из этих суждений вытекает следствие: молоко может явиться аллергеном. Оперирование понятиями возможно в различных формах: индукции (от частного к общему), дедукции (от общего к частному). Для детского и патологического мышления характерна также такая форма, как трансдукция — умозаключение, переходящее от одного частного или единичного случая к другому частному или единичному случаю, минуя общее, так как в трансдуктивном мышлении нет обобщения.

Учение о понятиях, суждениях и умозаключениях составляет предмет логики. Логика изучает законы мышления, формы мысли. Психология изучает мыслительный процесс личности с ее индивидуальными особенностями.

Операции мышления. Всякая мыслительная деятельность есть аналитико-синтетическая деятельность мозга, а основным звеном мышления являются мыслительные операции. Таковыми являются анализ и синтез, сравнение, обобщение, систематизация, абстрагирование.

Анализ есть мысленное разложение целого на части или мысленное выделение отдельных его свойств или сторон. Анализ ситуации, в результате которого вычленяются известное и искомое, является началом решения задачи.

Синтез — мысленное соединение частей, предметов или явлений. Синтез восстанавливает расчлененное анализом целое, вскрывая существенные связи и отношения элементов, выделенных анализом.

Сравнение — позволяет устанавливать сходство или различие между предметами и явлениями на основе мысленного выделения их частей или свойств.

Обобщение есть мысленное выделение в предметах и явлениях общего и основанное на этом мысленное объединение их друг с другом. Необходимой предпосылкой обобщения является сравнение предметов. Обобщение может опираться на разные признаки, но самое большое значение имеет обобщение, основанное на выделении признаков не только общих, но и существенных для данных предметов или явлений. Именно такое обобщение ведет к образованию понятий, к открытию законов. Примером обобщения по несущественному признаку может быть следующая фраза: «Шли два студента и дождь, один — в университет, второй — в пальто, третий — в осенний вечер». Или объединение в одну группу таких понятий, как старый, дряхлый, маленький, ветхий. Обобщенность мышления, умение выделять в предметах существенные признаки является одним из важнейших показателей уровня развития мышления. При умственной отсталости, задержке психи-

ческого развития характерным является неумение правильно обобщать предметы и явления.

Систематизация, или *классификация,* — мысленное распределение предметов по группам и подгруппам в зависимости от их сходства и различия. В зависимости от того, какой признак кладется в основу, классификации могут быть разные. Примером классификации могут быть систематика животного мира Линнея, классификация ощущений, о которой говорилось выше, различные классификации заболеваний.

Абстракция — важнейшая характеристика мышления, представляет собой отвлечение каких-либо свойств предметов и явлений от других и их изолированное рассмотрение. Научная абстракция является непременным условием познания сложных объектов, которые невозможно познать сразу и целиком.

Виды мышления. Мышление человека не только включает в себя различные операции, но и протекает на различных уровнях, в различных формах, что позволяет говорить о существовании различных видов мышления. Так, в зависимости от характера решаемой задачи, от того, чем оперирует мысль, выделяют 3 вида, или уровня, мышления: предметно-действенное, или ручное, — мыслительные операции происходят в действиях с конкретными предметами; наглядно-образное, в котором основной единицей мышления является образ; и наконец, ведущий для человека вид мышления — словесно-логическое, или понятийное, в котором в качестве основной единицы выступает понятие. Указанные виды мышления развиваются в процессе онтогенеза последовательно, от предметно-действенного к понятийному.

Предметно-действенное мышление является ведущим у ребенка до 2–3-летнего возраста и проявляется в процессе непосредственных действий с предметами. Этот вид мышления является исходным в формировании любой мыслительной операции. Для него характерен целый ряд особенностей.

Прежде всего оно тесно связано с конкретной ситуацией, осуществляется в процессе практической деятельности. Например, на предложение «считать» следует вопрос: «Что считать?», так как мыслительные операции на этой стадии не существуют абстрагированно от конкретного предмета. Этот вид мышления насыщен эмоциональными тенденциями. Для него характерен *синкретизм*, проявляющийся в том, что случайные поверхностные признаки объединяются в комплекс, не отражающий сути предмета; преобладает трансдуктивный характер связей (отсутствие иерархии признаков: родо-видовых, частное—общее и т. п.); низкая критичность по отношению к своим действиям. Одним из главных признаков предметно-действенного мышления является *эгоцентризм*, проявляющийся в том, что ребенок не понимает относительности явлений, предметы рассматриваются им вне связи с другими предметами, а точкой отсчета в рассуждениях является сам субъект. Пиаже показал это целым рядом конкретных случаев, например ребенок 5 лет идет по улице, наблюдая за луной, и считает, что луна следует за ним, когда он войдет в булочную, луна остановится и подождет его. Эти особенности предметно-действенного мышления делают его недостаточно эффективным.

Наглядно-образное мышление также характеризуется синкретизмом, насыщено эмоциями, для него характерны низкая критичность и эгоцентризм, невозможность правильного соотнесения частного и общего, непонимание обратимых отношений. Предметно-действенное и наглядно-образное мышление — это допонятийные виды мышления, так как они ограничены проблемами, касающимися конкретных, реальных объектов и операций с ними, а оперирование понятиями носит случайный, не всегда осознанный характер.

С началом школьного обучения интенсивно развивается словесно-логическое, понятийное мышление. Понятийное мышление — это всегда осознанное вербализованное мышление. Важнейшей характеристикой понятийного мышления является децентризм в противовес эгоцентризму допонятийного мышления. Децентризм проявляется в том, что логически мыслящий человек выходит за пределы собственной системы отсчета. Это связано с тем, что внутри каждого понятия имеются разные уровни обобщенности, которые не зависят от системы отсчета, связанной с субъектом. В связи с тем, что движение мысли идет не на одном уровне, появляется возможность правильного соотнесения частного и общего, понимание обратимых операций. В связи с этим постепенно (по данным Пиаже, с 11–12 лет) формируется способность размышлять логически об абстрактных отвлеченных проблемах, появляется потребность проверить правильность своих мыслей, принять точку зрения другого человека, мысленно учитывать и соотносить одновременно несколько признаков или характеристик объекта. Так называемая обратимость мышления позволяет менять направление мысли с прямого хода рассуждения на обратный, возвращаться к исходному состоянию того или иного объекта. Ребенок начинает понимать, например, что сложение — это действие, противоположное вычитанию, а умножение — делению. Появляется чувствительность к чужому опыту и возможность включения чужого и исторического опыта в собственную систему мышления. Для понятийного мышления характерны высокая критичность и полнота понимания, включая понимание скрытого, переносного смысла и подтекста.

Мышление взрослого человека включает признаки всех трех видов: ручного, наглядно-образного и понятийного. Соотношение этих видов мышления при этом определяется не только возрастными, но и индивидуальными особенностями и связано с доминированием одного из полушарий. Преобладание действенного и наглядно-образного мышления характерно для людей с доминирующей активацией правого полушария. Как правило, такие люди более успешны в технических видах деятельности, им легче даются геометрия и черчение, они склонны к художественным видам деятельности. У лиц с доминированием левого полушария отмечается более высокая успешность теоретического, вербально-логического мышления, они более успешны в математике (алгебре), научной деятельности. В практической деятельности взрослого человека происходит постоянный переход от практического к образному и логическому мышлению и наоборот. Для развитого практического мышления, как показал Теплов, характерно «умение быстро разбираться в сложной ситуации и почти мгновенно находить правильное решение», т. е. то, что обычно называют интуицией.

Интуитивное мышление характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью в отличие от *дискурсивного*, поэтапно развернутого, осознанного мышления. Природа интуиции теснейшим образом связана с развитием пространственных представлений, а логическое мышление, опирающееся на приобретенную сумму знаний и опыт, сочетается с относительным преобладанием наглядности. Высокая скорость интуитивного решения задач обусловлена перестройкой процессов логического и образного мышления. Оно приобретает особую значимость в сложных ситуациях деятельности (сложность обстановки, дефицит времени, необходимость учета противодействующих сил, высокая ответственность за каждое решение). Именно этими параметрами и характеризуется деятельность врача. Поэтому в практической деятельности врача все указанные виды мышления выступают в единстве.

Творческое и критическое мышление. Если рассматривать мышление с точки зрения новизны, оригинальности решаемой задачи, то можно выделить мышление творческое (продуктивное, дивергентное, креативное) и воспроизводящее (репродуктивное, конвергентное). Творческое мышление — это мышление, результатом которого является открытие принципиально нового или усовершенствование решения задачи. Гилфорд, известный исследователь креативного мышления, выделил 4 основных фактора креативности.

1. Оригинальность характеризует своеобразие творческого мышления, необычность подхода к проблеме, способность давать нестандартные ответы.
2. Гибкость — способность к разнообразию ответов, к быстрому переключению. Определяется обычно степенью разнообразия ответов, возможностью придумать как можно больше способов применения обычных вещей (например, кирпича, авторучки, газеты и т. п.) или в способности изменить форму стимула так, чтобы увидеть в нем новые возможности (например, как из 6 спичек построить 3 треугольника со стороной в 1 спичку).
3. Интеграция как способность одновременно учитывать несколько противоположных условий, подпосылок или принципов.
4. Чувствительность как умение подметить едва заметные детали, сходство или различие.

Изучая креативное мышление, Торренс установил, что пик креативности отмечается в детском возрасте (от 3,5 до 4,5 лет), затем она возрастает в первые три года обучения в школе и в предпубертатном периоде. Впоследствии отмечается тенденция к ее снижению. Этому способствует жесткая алгоритмизация школьного обучения, требования социальной среды, накладывающей ограничения на проявления нестандартного поведения. Вместе с тем прогресс человечества обеспечивается именно креативными, творческими личностями.

В качестве препятствий творческого мышления, часто неосознанных, выступают конформизм (стремление быть как все, боязнь выделиться. Именно поэтому существует внутренняя цензура — человек отбраковывает все, что может оказаться непринятым другими людьми); ригидность — стремление мышления идти проторенными путями, решать задачи привычными способами (именно по этой причине первые пароходы, которые ходили по Волге, имели кирпичные трубы);

излишне высокая мотивация, стремление найти ответ немедленно также часто заставляет человека использовать первое пришедшее в голову решение, которое, как правило, не является новаторским. Поэтому лучшие решения приходят на отдыхе.

Если человек хочет мыслить творчески, он должен научиться предоставлять свободу своим мыслям. Для этого применяется метод свободного ассоциирования, которое используется также и в психотерапии. Для активизации творческого мышления при решении сложных задач Осборн предложил метод мозгового штурма. В методе мозгового штурма организуется деятельность группы специалистов, которым задается тема, разрешается свободное высказывание любых идей и исключается критика этих идей. Эффективность метода основана на том, что групповая ситуация стимулирует выработку новых идей (средний человек в группе дает вдвое больше идей), по мере увеличения количества идей улучшается их качество. Мозговой штурм должен обязательно проводиться несколько дней, поскольку, как уже было упомянуто выше, лучшие решения приходят на отдыхе. Оценивать результаты должны эксперты, не участвующие в работе группы, так как критичность по отношению к своим идеям у человека, как правило, снижена.

Критическое мышление — проверка предложенных гипотез с целью определения области их возможного применения. Можно сказать, что творческое мышление создает новые идеи, а критическое выявляет их недостатки и дефекты.

Исходя из всего сказанного при описании мышления можно выделить такие его качества: глубина—поверхностность; широта—узость; быстрота—замедленность; гибкость—ригидность; оригинальность—тривиальность.

Речь и язык

Слово и речь являются важнейшими содержательными компонентами психики человека. Речь влияет на протекание психических процессов (под влиянием словесных раздражителей снижаются пороги ощущения и восприятия, облегчается выделение фигуры из фона, образ представления вызывается словом). Но особенно тесно речь связана с мышлением, так как мысль существует в слове и выражается словом. Язык выступает как материальная оболочка мысли.

Язык — это строго нормализованная система средств общения. Речь — применение языка в процессе общения для передачи мыслей, воли, чувств. Вместе с тем речь — это особая и наиболее совершенная система средств общения, свойственная только человеку. В отличие от звуковой сигнализации животных содержанием языка является не выражение внутреннего состояния, а *обозначение, сигнализация* объективных вещей, предметов, явлений. Поэтому важнейшей функцией речи является *сигнификативная, обозначающая*. Слово обозначает при этом не столько единичный предмет, сколько категорию, общие связи предметов. Поэтому речь выполняет функцию *обобщения*. И наконец, речь выполняет функцию общения.

Коммуникативная функция речи позволяет устанавливать контакт между людьми. В коммуникативной функции речи можно выделить 3 аспекта:

1) информационный (речь выступает как способ передачи информации от одного человека к другому и от поколения к поколению);

2) выразительный (средство передачи чувств, отношений, при этом большое значение имеют интонация, экспрессивные, паралингвистические составляющие — жесты, мимика, пантомимика);
3) речь как побуждение к действию, волеизъявление.

Коммуникативная функция имеет огромное значение, организуя взаимодействие людей. Всем известны стихи Щипачева: «Словом можно убить, словом можно спасти, словом можно людей за собой повести...» Сказанное врачом или другим медицинским работником слово может резко изменить эмоциональное состояние пациента, его отношение к болезни, помочь мобилизовать силы, но может вызвать и так называемые ятрогенные, внушенные болезни.

У человека различают развитие сенсорной речи (т. е. понимание речи) и развитие экспрессивной речи (т. е. способность говорить). Способность понимать речь появляется у ребенка уже во втором полугодии жизни, способность говорить — позже, как правило, в конце первого — начале второго года.

Речь может быть внешней и внутренней. Внешняя речь, в свою очередь, делится на письменную и устную. Устная речь по своему психологическому составу является слуходвигательной. В восприятии и понимании речи решающее значение имеет фонематический слух, базирующийся на звуковысотной различительной чувствительности слухового анализатора, что позволяет дифференцировать близкие по звучанию гласные (о-ё, а-я; у-ю) и согласные (б-п; д-т, г-к; з-с; л-р). Дети при несформированности слухоречевой дифференцировки и больные при ее нарушениях становятся нечувствительными к различению этих близких звуков, что затрудняет восприятие и понимание речи. Устная речь характеризуется некоторыми отличительными признаками, важнейшими из которых являются ситуационность (она зависит от конкретных обстоятельств, условий, в которых происходит общение); обращенность — направленность к определенному лицу, собеседнику; эта речь поддерживаемая, ведется при эмоционально-экспрессивном контакте говорящих. Если сравнить непосредственную ситуацию диалогового общения и магнитофонную запись этого общения, то мы увидим, насколько обедняется общение без эмоционально-экспрессивного контакта, из речи уходит контекст, зачастую суть разговора теряется. Монологическая речь — длительное последовательное связное изложение системы мыслей, знаний одним лицом. Монологическая речь — связная, контекстная, подчиняется требованиям, которые предъявляются к логической мысли: она должна быть последовательной, доказательной, не терпит неправильного построения фраз, предъявляет требования к темпу и звучанию. Примерами монологической речи являются устный рассказ, лекция, доклад, речь. Письменная речь появилась позже устной и прошла сложный путь развития от идеографической формы к современному алфавитному письму. Письменная речь по своим механизмам — зрительно-слухомоторная. Никаких внеречевых средств воздействия, которые есть в устной речи, в письменной речи нет. Это требует от нее развернутости, связности, логической стройности. Письменная речь требует большей ответственности, так как она сохраняется в роли документа.

Речь выступает не только в форме устного выражения, письма и чтения, но и в своеобразной форме внутренней речи. Основным признаком внутренней речи

является ее непроизносимость, она беззвучна. Часто мы говорим сами с собой «про себя» и «для себя», беззвучно обсуждаем сложившееся положение, намерение или мысль. Этот «внутренний голос» становится особенно заметным, когда человек находится в ситуации логического затруднения или нравственного противоречия. Соколов убедительно показал: как только человек сталкивается с решением мыслительной задачи, резко возрастает электрическая активность речедвигательных мышц, что подтверждает факт наличия внутренней речи, проговаривания «про себя». Таким образом, внутренняя речь связана, с одной стороны, с формированием мысли, с другой — с нравственным самосознанием личности, ее совестью, установками и потребностями. В форме внутренней речи протекает мышление, возникают намерения, планы.

Память

Восприятия, ощущения, мышление, с помощью которых человек познает окружающий мир, обычно не исчезают бесследно. Они закрепляются, сохраняются и воспроизводятся в дальнейшем. *Память* — совокупность процессов, обеспечивающих запечатление, сохранение и воспроизведение прошлого опыта. Благодаря памяти сознание человека не ограничивается настоящим, а включает прошлый опыт, знания, без памяти человек вечно оставался бы в положении новорожденного, поэтому Сеченов назвал память «краеугольным камнем развития».

Память является сложной психической деятельностью, в которой выделяют процессы запоминания, сохранения и удержания в памяти того, что было запечатлено или заучено; воспроизведение, извлечение информации. К процессам памяти относится также забывание, т. е. утрата информации, которая может быть безвозвратной, полной или частичной. Существует много подходов к классификации видов памяти. Прежде всего можно выделить две формы памяти: генетическую (наследственную) и онтогенетическую (прижизненную). Виды онтогенетической памяти различают в зависимости от того, *как, что* и *насколько долго* запоминается, сохраняется и воспроизводится (рис. 4).

Рассмотрим последовательно основные виды онтогенетической памяти. *По характеру целей деятельности* выделяют непроизвольную и произвольную память. Непроизвольное запоминание и воспроизведение осуществляются без специальных волевых усилий, когда не ставятся цели, задачи запоминания или воспроизведения материала, оно осуществляется как бы само собой. Непроизвольно запоминается многое из того, с чем сталкивается человек в жизни. Например, в опытах Зинченко непроизвольное запоминание картинок испытуемыми в ходе деятельности, целью которой была их классификация, оказалось большим по объему, чем в случае, когда была поставлена специальная задача запоминания. В целом преимуществами непроизвольного запоминания являются больший объем и большая прочность запоминания. Однако непроизвольное запоминание характеризуется неполнотой, неточностью, зачастую — искажением действительности. Как показали опыты Смирнова, лучше запоминается то, что составляет цель действия. Произвольное запоминание сопровождается произвольным вниманием, имеет целенаправленный характер, оно избирательно. Запоминание включает в себя логи-

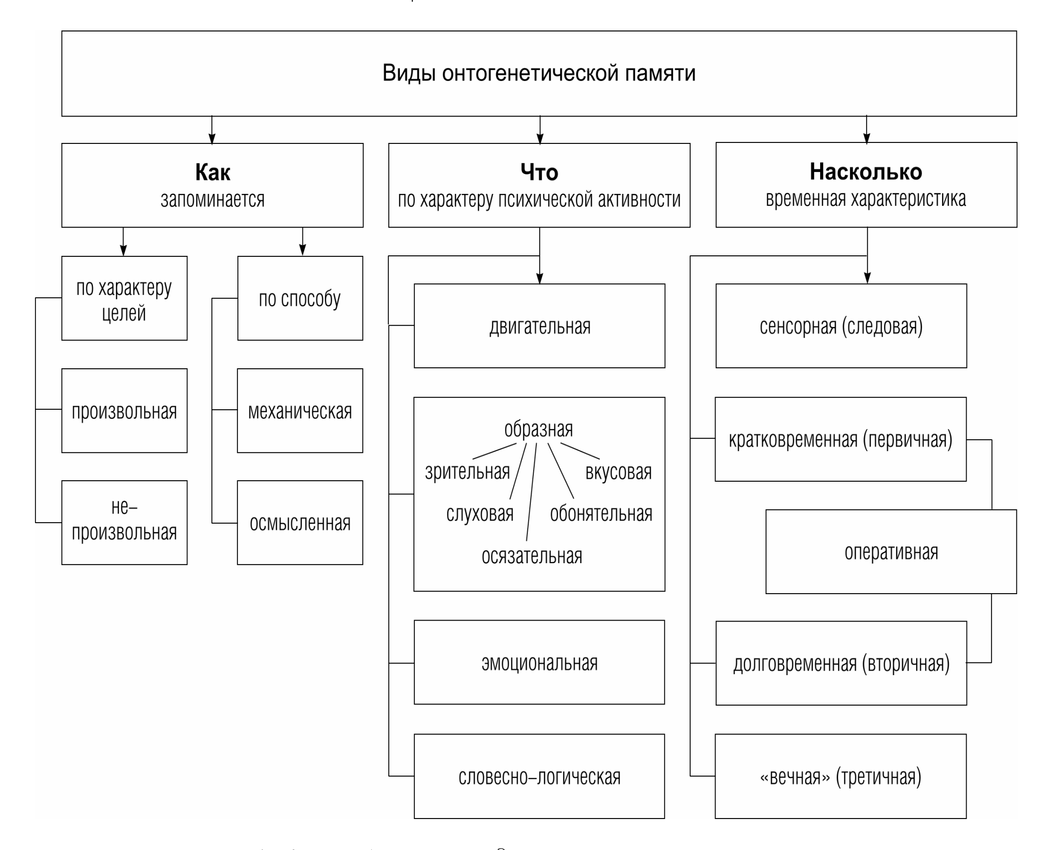


Рис. 4. Классификация видов онтогенетической памяти

ческие приемы организации материала, осмысливание запоминаемого материала. Другим составным моментом запоминания являются приемы механические, которыми человек успешно пользуется при запоминании исторических дат, номеров телефонов, адресов и т. п. Механическое запоминание является малопродуктивным, как было показано немецким психологом Эббингаузом, который предъявлял испытуемым для заучивания 13 бессмысленных слов, добивался 100%-ного воспроизведения и обнаружил, что уже через час они забыли 56% информации, дальше забывание происходило медленнее, тем не менее через 2 дня сохранилось всего 27,8%, а через месяц только 21% информации (рис. 5).

Таким образом, механическое заучивание, «зубрежка» весьма мало эффективны. Гораздо более эффективным является логически осмысленное запоминание. Во многих исследованиях показано, что гораздо лучше запоминаются и воспроизводятся списки слов, поддающиеся естественной логической группировке, осмысленные предложения, а не набор слов; слова, а не бессмысленные слоги. Доля воспроизведения осмысленного текста через 6 дней равняется примерно 70%. Поэтому важнейшим условием эффективного заучивания является использование рациональных приемов запоминания, к которым относятся логическое

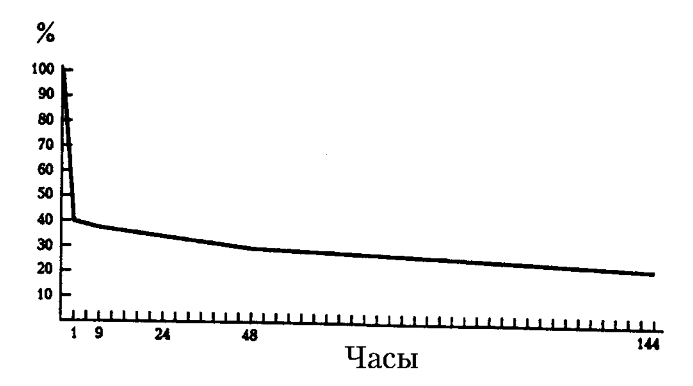


Рис. 5. Кривая забывания (по Эббингаузу)

осмысление, систематизация материала, составление опорного конспекта, плана, разбивка материала на части, установление связей между этими частями.

Прочность запоминания во многом зависит от повторения. При этом количество повторений, необходимых для заучивания, растет гораздо быстрее, чем объем информации (например, если испытуемый за одно предъявление правильно воспроизводит 6–7 слогов, то для воспроизведения 12 слогов ему уже потребуется 16 предъявлений). Поэтому, заучивая большие объемы материала, их нужно делить на части и заучивать по частям, соединяя затем в целое. Для успешного запоминания необходима определенная организация запоминаемого материала, его заучивание, которое носит характер целенаправленной деятельности. На эффективность заучивания положительное влияние оказывают интерес, эмоциональная вовлеченность человека в заучиваемый материал, что обеспечивает высокий уровень активации мозга и большую эффективность мнемической деятельности. При повторениях заучиваемого возникает узнавание, и это создает ложное чувство знакомости, которое может создать уверенность в том, что человек уже знает материал, прочно его усвоил. Между тем проверить по узнаванию нельзя, можно проверить лишь полным самостоятельным воспроизведением.

Важными факторами успешного запоминания являются также: установка на длительное запоминание и чередование разных по содержанию, непохожих видов деятельности, так как тем самым снижается действие ретроактивного торможения. Оно проявляется в том, что деятельность, следующая сразу после заучивания, оказывает тормозящее влияние, при этом уменьшается процент воспроизведенной информации по сравнению со случаями, когда после заучивания следовал отдых или деятельность, отличная, противоположная по содержанию и характеру заучиванию. При запоминании действует так называемый краевой эффект, проявляющийся в том, что лучше запоминаются начало и конец, информация, которая была в середине, запоминается хуже. В экспериментальной психологии хорошо известен эффект Зейгарник, или эффект незавершенных действий. Этот эффект проявляется в том, что испытуемые, как правило, стремятся к завершению прерванного действия; более того — незавершенные действия лучше сохраняются

в памяти, чем завершенные. Влияние на эффективность заучивания оказывает также объем информации, не следует стремиться запоминать сразу большие объемы информации, так как процент запомненного обратно пропорционален объему предъявленной информации. Чтобы облегчить запоминание и увеличить объем запоминаемой информации, часто прибегают к использованию специальных техник — мнемотехник. Вот некоторые из них: установление ассоциаций между заучиваемым материалом и элементами ситуации, обстановки («размещение информации в пространстве»), создание образов при запоминании слов, перекодирование — можно использовать при запоминании цифр, слов, формул. Каждый со школьной скамьи помнит, как заучивалась, например, последовательность цветов в радуге, зашифрованная во фразе: «Каждый Охотник Желает Знать, Где Сидит Фазан».

Процесс забывания протекает во времени неравномерно. Наибольшие потери происходят сразу же после заучивания (как это видно также из кривой Эббингауза), в дальнейшем забывание идет медленнее. При этом для осмысленного материала характерным является то, что забытое сразу же после восприятия (при первом воспроизведении) может восстанавливаться через 1–2 дня (при отсроченном воспроизведении). Это явление называется реминисценцией (смутное воспоминание). С ним, по-видимому, сталкивалось большинство студентов, когда на следующий после экзамена день (т. е. через день после окончания заучивания) информация воспроизводилась в памяти особенно полно, отчетливо и ясно. Реминисценция объясняется эмоциональным торможением, а также, по-видимому, в большей мере тем, что происходит внутренняя, иногда неосознаваемая, работа по осмыслению материала, его упорядочиванию, переводу в долговременную память, что и обусловливает более полное воспроизведение информации.

В зависимости от преобладающего типа *психической активности* в памяти выделяют различные ее виды. *Двигательная память* — память на движения, эта память имеет значение при выработке двигательных навыков (ходьбы, письма), трудовых, танцевальных движений, во всех видах моторного научения. В основе *образной памяти* лежат ощущения, восприятия, представления. В зависимости от того, какая сенсорная область служит основой запоминания и воспроизведения, выделяют зрительную, слуховую, осязательную, вкусовую, обонятельную память. Ведущий тип памяти определяется индивидуальными особенностями человека и зависит от ведущего органа чувств в структуре сенсорной организации. Чистые типы памяти встречаются редко, обычно наблюдается сочетание: зрительно-двигательная, зрительно-слуховая, двигательно-слуховая. Запоминание будет эффективнее и полнее, если человек активизирует все виды памяти: например, не только прочтет информацию, но и запишет, и проговорит ее вслух. Это подтверждается опытами с бимодальным предъявлением информации на зрительный и слуховой канал, что позволило увеличить информационную емкость кратковременной памяти на 30%.

Эмоциональная, или *аффективная, память* — память на эмоции, чувства. Воспоминания о пережитых чувствах — страдании, радости любви сопровождают человека на протяжении всей его жизни. Эмоциональное отношение к информации, эмоциональный фон существенно влияет на запоминание. При этом лучше все-

го запоминаются факты и ситуации, имеющие положительную эмоциональную окраску.

Словесно-логическая память — память, в основе которой лежит оперирование понятиями. Это память на понятия, формулы, знаки, мысли. Система закрепления знаний в процессе их усвоения включает развитие этой высшей формы памяти, свойственной только человеку.

Важнейшей характеристикой памяти является ее *временна́я характеристика*. В зависимости от продолжительности закрепления и сохранения информации выделяют следующие виды памяти:

Сенсорная (следовая), или непосредственная, память обеспечивает сохранение воспринятого образа на протяжении долей секунды.

Кратковременная память характеризуется очень кратким (около 20 с) сохранением после однократного непродолжительного восприятия и немедленным воспроизведением. Этот вид памяти называется также первичным.

Вторичная, долговременная память — длительное сохранение информации (начиная от 20 с и простираясь на часы, месяцы, годы) после многократного повторения и воспроизведения.

Различают также *оперативную память* — это мнемические процессы, обслуживающие деятельность человека. Она представляет синтез долговременной и кратковременной памяти. Например, в процессе профессиональной деятельности человек оперирует наличной информацией текущего момента, находящейся в кратковременной памяти, и извлекает из долговременной памяти информацию, содержащую профессиональные знания, опыт. Так, врач, обследуя больного, сопоставляет симптомы его болезни с похожими случаями из своей практики, с тем, что он читал и знает об этих симптомах.

Выделяют еще так называемую *вечную*, или *третичную*, *память*. Под ней понимают способность воспроизводить когда-то запечатленную информацию на протяжении всей жизни.

Память характеризуют такие свойства, как объем, скорость, прочность, точность, готовность. *Объем* памяти — количество информации, которое человек способен запомнить за определенное время. Объем кратковременной памяти человека в среднем составляет 7 ± 2 блока информации. Объем блока может быть различным; например, человек может запомнить и повторить 5–9 цифр, 6–7 бессмысленных слогов, 5–9 слов.

Скорость — время, в течение которого человек способен запомнить определенный объем информации.

Прочность — длительность сохранения информации.

Точность — правильность и полнота воспроизведения информации.

Готовность — умение своевременно вспомнить требуемое.

Эти характеристики обычно используют, когда хотят оценить память человека как хорошую или плохую, соответствующую норме или отклоняющуюся. На показатели памяти существенное влияние оказывают возрастные особенности. Известно, что у детей ведущим типом памяти является образная, которая достигает оптимальных показателей в возрасте 8–11 лет и подвержена наименьшим возрастным изменениям. Вербальная память таких оптимальных показателей дости-

гает в 16 лет (Рыбалко) и сохраняется на относительно постоянном уровне до 35 лет, после чего наступает ее постепенное снижение. Однако необходимо отметить, что специально организованная упражняемость памяти, когда заучивание становится особым видом интеллектуальной деятельности, повышает уровень развития памяти не только у детей, но и у взрослых.

Кроме того, для памяти существенное значение имеет функциональное состояние организма. В состоянии утомления работа памяти ухудшается, затрудняются запоминание и воспроизведение. Память снижается также при астенических состояниях, тяжелых соматических заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией организма.

Внимание

Важнейшей особенностью психики является ее избирательность. Все ощущения, восприятия, впечатления, знания человек получает при участии внимания в познавательных процессах. Внимание обеспечивает большую полноту и точность восприятия.

Внимание — сосредоточение сознания на объекте, при котором происходит отчетливое его отражение. Внимание принимает участие в организации всех познавательных процессов, выполняя следующие функции:

1) отбор значимых раздражителей и игнорирование несущественных, побочных;
2) удержание, сохранение требуемой деятельности (или образа) до тех пор, пока не будет достигнута цель;
3) регуляция и контроль протекания деятельности.

Физиологической основой внимания является общая активация мозга, связанная с деятельностью ретикулярной формации. В деятельности мозга выделяют 5 стадий, или уровней (Блок), которые в разной степени обеспечивают внимание (табл. 3).

Как видно из таблицы, активное внимание возможно лишь на фоне активного настороженного бодрствования. Отвлекаемость внимания возникает как на фоне расслабленного диффузного, так и на фоне чрезмерного бодрствования. Таким образом, важнейшей основой внимания является достижение определенного функционального состояния мозга. Однако только этих механизмов недостаточно для объяснения избирательности внимания. Селективное (избирательное) внимание связано с наличием специальных механизмов, облегчающих проведение значимых раздражителей и блокирующих проведение незначимых. В этом участвуют ретикулярная формация, гиппокамп, таламическая система, которые изменяют возбудимость корковых клеток в соответствии с силой побуждений, мотивации. Имеются также специальные нейроны внимания, которые реагируют в случае появления нового, незнакомого раздражителя, а также в случае появления необычного сочетания знакомых раздражителей, что проявляется в так называемой ориентировочной реакции или реакции «что такое?» и позволяет человеку быстро ориентироваться в новой или необычной ситуации. При повторении раздражителей возникает привыкание и ориентировочная реакция угасает.

Таблица 3. Уровни бодрствования мозга и внимание

ЭЭГ-характеристика	Уровни бодрствования мозга	Показатели внимания
Неупорядоченная высокоамплитудная активность	Чрезмерное бодрствование	Отвлекаемое внимание
Бета-ритм, 13–18 Гц	Активное, настороженное бодрствование	Активное внимание
Альфа-ритм, 8–12 Гц	Спокойное бодрствование (сенсорный покой)	Расслабленное диффузное внимание
Тета-ритм, 4–8 Гц	Дремотное состояние	Возможны лишь отдельные очаги внимания
Дельта-ритм, 0,5–4 Гц	Глубокий сон	Внимание отсутствует

Важнейшим механизмом, обеспечивающим внимание, является механизм доминанты, открытый Ухтомским. Доминантный (господствующий) в данный момент времени очаг возбуждения, обеспечивающий выполнение какой-либо деятельности, притягивает к себе возбуждение из других центров и одновременно подавляет их, что блокирует посторонние, не относящиеся к выполняемой деятельности, раздражители и вместе с тем усиливает энергию возбуждения основного доминантного очага. Это создает условия для высокой концентрации, длительной сосредоточенности внимания. Так, человек, увлеченный работой, не замечает голода, посторонних шумов, голосов других людей. Ухтомский связывал механизм доминанты с высшими формами творческой активности человека. Деятельность лобных долей составляет психофизиологическую основу произвольного внимания, они играют решающую роль в создании необходимого тонуса коры, модифицируют уровень бодрствования в соответствии с целями, задачами, которые ставит перед собой человек. При поражении лобных долей невозможно с помощью речевых инструкций вызвать произвольное внимание, для этих больных характерна высокая отвлекаемость внимания.

При анализе функции внимания различают непроизвольное, произвольное, послепроизвольное внимание.

Непроизвольное внимание — сосредоточенность на объекте или действии без волевого усилия и специальной задачи. В основе непроизвольного внимания лежит ориентировочно-исследовательский рефлекс. Непроизвольное внимание привлекается как внешними, так и внутренними факторами. К числу *внешних* относятся особенности раздражителя, например его интенсивность (громкий звук, яркий свет, резкий запах); интенсивность может быть не только абсолютной, но и относительной (яркий цвет на бледном фоне, шепот соседей на фоне тишины библиотечного зала). Новизна раздражителя, как абсолютная, так и относительная, также является внешним фактором, привлекающим непроизвольное внимание.

К числу *внутренних*, или субъективных, факторов можно отнести значимость стимула, соответствие потребностям человека, а также интерес, увлекательность как причины привлечения и поддержания непроизвольного внимания.

Произвольное, или волевое, внимание — сосредоточенность на объекте или действии со специально поставленной целью и с помощью волевого усилия. Произвольное внимание зависит не от внешних факторов, не от особенностей объектов, а от поставленной цели, задачи. Оно связано с деятельностью человека, возникает в процессе труда и выполняет функцию регулятора.

Послепроизвольное внимание — наступает вслед за произвольным, когда человек «входит» в работу и его сосредоточенность уже не требует специального волевого усилия, а поддерживается увлеченностью и интересом. Послепроизвольное внимание рассматривают как высшую форму внимания, с ним связывают наиболее продуктивную и плодотворную деятельность.

Свойства внимания. Изучая особенности внимания, исследователи выделяют его основные свойства. К ним относятся: устойчивость, распределение, переключаемость, объем, концентрированность, избирательность внимания.

Под *устойчивостью* внимания понимают удержание требуемой интенсивности внимания в течение длительного промежутка времени. То есть устойчивость есть временна́я характеристика внимания. Благодаря устойчивости внимания возможно длительное сосредоточение на объекте или виде деятельности, что позволяет открывать в объектах все новые и новые стороны, проникать в их суть. Устойчивость внимания зависит от многих факторов, прежде всего от содержания материала, особенностей объекта. Если материал однообразен, в нем нет развития, изменений, устойчивость внимания снижается, однообразие притупляет внимание. Степень трудности, знакомости, понятности также влияет на устойчивость внимания: как слишком легкий, так и чрезмерно сложный материал снижает устойчивость внимания. Важными факторами, способствующими длительному поддержанию внимания, являются интерес, отношение к объекту, т. е. эмоциональные факторы. Устойчивость внимания является одним из показателей умственной работоспособности и зависит также от функционального состояния нервной системы, степени утомления. При астенических состояниях, утомлении наблюдаются высокая истощаемость внимания, снижение устойчивости, что проявляется в уменьшении скорости работы по отыскиванию и вычеркиванию заданных знаков на фоне помех и увеличении количества ошибок. Невротические и гипоманиакальные состояния характеризуются очень высокой неравномерностью, подвижностью внимания, невозможностью сосредоточиться на длительное время. Снижение волевого потенциала личности (апатоабулические состояния) характеризуется трудностями включения в работу и крайне низкой продуктивностью внимания. Устойчивость внимания подвержена также суточным и недельным колебаниям. Наиболее высокие показатели устойчивости внимания и соответственно умственной работоспособности наблюдаются в период с 10 до 12 ч и с 16 до 18 ч дня. Недельная динамика характеризуется повышением устойчивости внимания от понедельника ко вторнику, поддержанием его на относительно высоком уровне в последующие дни недели и снижением в пятницу, особенно к концу рабочего дня. Устойчивость внимания зависит от возраста человека.

Так, например, у детей способность к длительному сосредоточению ниже, чем у взрослых. Ребенок в возрасте 6–7 лет может поддерживать устойчивое внимание не более чем в течение 20–25 мин, у взрослых этот период существенно больше и во многом зависит от характера деятельности и других факторов, о которых упоминалось выше.

Переключаемость внимания, его гибкость заключается в способности быстро выключаться из одних установок и включаться в новые, соответствующие изменившимся условиям. Высокая переключаемость означает сознательное и осмысленное переключение с одного объекта на другой. Переключаемость внимания помогает быстро ориентироваться в новой незнакомой ситуации, быстро и легко переходить от одной работы к другой, от одного объекта к другому, после отдыха включаться в работу.

Качествами, противоположными переключаемости, являются ригидность, вязкость, «застревание» внимания, склонность к детализации, которые могут проявляться как индивидуальная особенность, в основе которой лежит подвижность нервных процессов. Эти качества могут быть и следствием патологических изменений, например при эпилепсии. Плохая переключаемость внимания в житейском смысле слова определяется как рассеянность. В ряде случаев рассеянность может быть обусловлена высокой сосредоточенностью человека на какой-либо проблеме. Так, человек, озабоченный какой-то профессиональной проблемой (скажем, состоянием тяжелобольного пациента), придя домой, не может переключить свое внимание на домашние дела, постоянно возвращается мыслями к этой проблеме, проигрывает и переосмысляет ее вновь и вновь. Профессиональная деятельность врача предъявляет высокие требования к переключаемости внимания, когда в процессе приема постоянно приходится переключать свое внимание от одного пациента к другому.

Распределение внимания между разнородными объектами, *одновременно* находящимися в центре внимания, дает возможность одновременно совершать несколько рядов действий, следить за несколькими объектами сразу. В практической деятельности человека совмещение нескольких действий встречается повсеместно: водитель управляет автомобилем, наблюдает за пассажирами в салоне, иногда при этом слушает музыку; домохозяйка слушает радио и готовит обед; шахматист ведет сеанс одновременной игры сразу на нескольких досках. В каких ситуациях возможно распределение внимания? Чаще всего в тех случаях, когда одна из деятельностей автоматизирована и фактически выполняется без участия внимания. В профессиональной деятельности, следовательно, чем больше у человека выработано навыков, автоматизмов, тем чаще он может одновременно выполнять несколько действий, добиваясь при этом высоких результатов. Как было показано Платоновым на примере летной работы, пилоты, владеющие распределенным вниманием и использующие распределение, а не переключение внимания на самых ответственных участках полета (взлет и посадка), отличаются более высокой скоростью, точностью и надежностью деятельности.

Объем внимания характеризуется количеством объектов или элементов, которые могут быть одновременно восприняты с одинаковой степенью ясности и отчетливости в один момент. Один момент — это время, равное 0,07 с, время

одного короткого взгляда при тахистоскопическом предъявлении. Чем больше предметов воспринимается при этом, тем больше объем внимания. Объем внимания взрослого человека — 5–7 простых, не связанных между собой объектов (букв, цифр, геометрических фигур). Количество сложных, связанных между собой объектов, объединенных в осмысленное целое, может быть гораздо больше.

Концентрированность внимания — степень сосредоточенности, она представляет собой единство двух признаков: интенсивности внимания и его узости. Высокая степень концентрации на одном объекте или проблеме означает сужение поля внимания, уменьшение его объема.

Развитие внимания характеризуется постепенным становлением произвольного внимания в детском возрасте, что проявляется в увеличении длительности игр и занятий ребенка. Так, по данным Рубинштейна, максимальная длительность игры ребенка в возрасте от 6 мес до 1 года составляет всего 14,5 мин, в 3–4 года — 50 мин, а в 5–6 лет — 96 мин. Вместе с этим уменьшается количество отвлечений внимания с 3,7 за 10 мин игры в 3 года до 1,1 в 5–6 лет. Это создает готовность к школьному обучению. В период школьного обучения наиболее частой причиной трудностей в учебе и неуспеваемости является слабость произвольного внимания. В процессе школьного онтогенеза наблюдается прогрессивный рост всех сторон внимания (объема, устойчивости, переключения) и лишь в период пубертатного скачка в 10–13 лет отмечается замедление роста функции внимания и разнонаправленное изменение всех его сторон. У взрослых устойчивость и концентрация внимания существенных изменений не претерпевают. Объем, переключение, избирательность нарастают от 18 до 33 лет, в 34 года отмечается стабилизация функции внимания, затем постепенное снижение, чередующееся с подъемами в 38, 41, 44 года.

Внимание относится к числу функций, которые хорошо поддаются тренировке. Путем специальных, систематических упражнений можно существенно улучшить практически все его свойства. Развитие произвольного внимания неразрывно связано с общим процессом формирования волевых качеств личности.

Воля и волевые свойства личности

Проблема воли, волевой регуляции поведения и деятельности человека давно занимает умы ученых. До сих пор нет единого взгляда на механизмы воли, вплоть до полного отрицания воли как самостоятельного психического феномена, противопоставления воли чувствам и разуму. Первое материалистическое объяснение природе воли дал Сеченов, который указывал, что воля — это деятельная сторона разума и морального чувства, выраженная в способности человека совершать целенаправленные действия и поступки, требующие преодоления трудностей. Таким образом, воля неразрывно связана с разумом, сознанием человека, поскольку произвольное управление всегда сознательное и преднамеренное.

Обычно в психологии выделяют две функции воли: побудительную (стимулирующую) и тормозящую. Более широко к анализу воли и структуре произвольного управления подошел Ильин. Он рассматривает волю как самоуправление поведением с помощью сознания, что предполагает самостоятельность чело-

века в принятии решений, в инициации действий, их осуществлении и контроле. В структуру произвольного управления Ильин включает: самодетерминацию (мотивы, цели, желания); самоинициацию и самоторможение действия, самоконтроль, самомобилизацию и самостимуляцию.

Формы проявления волевых процессов могут быть разнообразными, например Мясищев выделяет 3 основные формы проявления воли:

1) при выполнении физической и умственной работы;
2) при наступившем утомлении или отказе от удовольствия во имя выполнения заданий по мотивам объективного характера;
3) при изменении привычного темпа деятельности и действия.

Волевые действия различаются по своей сложности. В том случае, когда побуждение непосредственно переходит в действие, говорят о простом волевом акте. Если между побуждением и действием вклиниваются дополнительные действия, говорят о сложном волевом действии. Волевой процесс проходит через ряд стадий. Разные авторы выделяют от 3 до 6 стадий, однако большинство рассматривает следующие четыре стадии:

1) возникновение побуждения и постановка цели;
2) стадия обсуждения и борьба мотивов;
3) принятие решения;
4) исполнение.

На первом этапе зарождающаяся потребность отражается в сознании в виде смутного влечения, объект которого не осознан. По мере возрастания потребности и осознания ее объекта влечение превращается в желание, которое становится побудителем к действию. На этом этапе нередко сталкиваются несовместимые мотивы, между которыми предстоит сделать выбор. В борьбе мотивов проявляется воля человека, формулируется цель деятельности, что находит свое выражение в принятии решения. После принятия решения ослабевает напряжение, сопровождающее борьбу мотивов, человек испытывает облегчение. В сложном волевом действии за принятием решения следует планирование деятельности по достижению поставленной цели, определяются пути и средства. После этого человек приступает к исполнению спланированных действий. Осуществление намеченной цели может быть сопряжено с преодолением препятствий внешнего (предметы, люди, время, пространство) и внутреннего (усталость, болезнь, недостаток знаний и т. п.) характера. Внешние и внутренние препятствия порождают напряжение, которое разрешается либо поддержанием волевого усилия и движением к цели, либо отказом от действий. Анализ сложного волевого действия показывает, что в нем принимают участие многие психические процессы. В формировании программ решающее значение имеет мышление, в исполнительной части — умения, навыки, способности.

Физиологические механизмы произвольной регуляции опираются на сложные виды афферентации, среди которых ведущей является кинестетическая. Произвольные действия осуществляются с участием сложной системы произвольных и непроизвольных мозговых механизмов. Согласно концепции Бернштейна, любое движение представляет сложную многоуровневую систему, в которой каж-

дый уровень имеет собственную афферентацию и собственный набор регулируемых параметров. Вся система регуляции включает 5 уровней: руброспинальный, таламопаллидарный, пирамидно-стриальный, теменно-премоторный и кортикальный (символический), которые объединяют произвольные и непроизвольные механизмы управления двигательным актом в единую систему. Произвольные движения связаны также с организацией произвольного внимания и мотивации, которые обеспечиваются участием теменно-затылочных, премоторных зон и лобных долей. Больные с поражением лобных долей настолько пассивны и демобилизованы, что не способны к какому-либо произвольному усилию (Брагина, Доброхотова, Лурия).

В целом можно сказать, что произвольное управление связано с работой практически всей коры головного мозга.

Волевая и *эмоциональная* регуляции часто рассматриваются как антагонисты, в случае если воля подавляет сильную эмоциональную реакцию или, напротив, аффект подавляет волю. Эмоции и воля в реальном поведении могут выступать в различных соотношениях. В случае возникновения неблагоприятных психофизиологических состояний (утомление) желание снизить интенсивность работы или прекратить ее компенсируется волевым усилием и таким волевым качеством, как терпеливость. Состояние тревожности преодолевается с помощью решительности; состояние страха — смелости; состояние эмоционального возбуждения — с помощью выдержки. В других случаях эмоции стимулируют деятельность, и тогда волевого усилия не требуется. Каждый из этих видов регуляции в отдельности имеет свои недостатки: чрезмерная эмоциональная регуляция неэкономна, расточительна, может вести к переутомлению. Чрезмерная волевая — может привести к срыву высшей нервной деятельности. Поэтому в личности должны оптимально сочетаться эмоциональная и волевая регуляции.

Волевые качества личности рассматриваются как сплав врожденного и приобретенного, как фенотипическая характеристика наличных возможностей человека. В волевых качествах сочетаются моральные компоненты воли, которые формируются в процессе воспитания, и генетические, тесно связанные с типологическими особенностями нервной системы. Например, страх, неспособность долго терпеть усталость, быстро принимать решение в большой мере зависят от врожденных особенностей человека (силы и слабости нервной системы, ее лабильности). Это означает, что при формировании, воспитании волевых качеств требуются гибкость, индивидуальный подход, терпение и чуткость воспитателей. Волевые качества включают в себя три компонента: собственно психологический (моральный), физиологический (волевое усилие) и нейродинамический (типологические особенности нервной системы). Исходя из этого все волевые качества делятся на «базальные» (первичные) и системные (вторичные). К первичным относятся собственно волевые качества, которые, в свою очередь, делятся на две группы. Первая группа характеризуется целеустремленностью, способностью удерживать волевое усилие, это — терпеливость, упорство, настойчивость. Вторая группа характеризует самообладание и включает такие качества, как смелость, выдержка, решительность. Большое значение для воспитания воли имеет предъявление к ребенку требований, соответствующих и посильных для его возрас-

та, с обязательным контролем за их выполнением. Отсутствие контроля может создать привычку бросать начатое, не доводя до конца. Проявление силы воли обусловлено нравственными мотивами человека. Наличие у человека стойких убеждений и целостного мировоззрения является основой волевой организации личности.

Эмоции, чувства, переживания

Эмоции составляют неотъемлемую часть человеческого существования, без эмоций человек действовал бы как бесстрастный автомат, не способен был бы печалиться и радоваться, испытывать волнение и восхищаться. Человек переживает то, что с ним происходит и им совершается, он относится определенным образом к тому, что его окружает, и к самому себе. *Эмоции и чувства* — процесс отражения субъективного отношения человека к объектам и явлениям окружающего мира, другим людям и самому себе в форме непосредственного переживания. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту. Эмоции отличаются от познавательных психических процессов и имеют определенные отличительные признаки. Во-первых, они характеризуются *полярностью*, т. е. обладают положительным или отрицательным знаком: веселье — грусть, радость — печаль, счастье — горе и т. д. В сложных человеческих чувствах эти полюсы часто выступают как противоречивое единство (любовь к человеку сочетается с тоской и беспокойством за него). Второй отличительной характеристикой эмоций является их *энергетическая насыщенность*. Именно в связи с эмоциями Фрейд ввел в психологию понятие энергии. Энергетика эмоций проявляется в противоположностях напряжения и разрядки. Различают эмоции стенические, характеризующиеся повышением активности (восторг, гнев), и астенические — сопровождающиеся понижением активности (грусть, печаль). Еще одной важнейшей характеристикой эмоций является их *интегральность, целостность*: в эмоциональном переживании участвуют все психофизиологические системы человека и его личность, они моментально охватывают весь организм и придают переживаниям человека определенную окраску. Поэтому индикаторами эмоционального состояния могут служить психофизиологические изменения: сдвиги частоты пульса, дыхания, температуры тела, кожно-гальваническая реакция и пр. (Например, английские психофизиологи регистрировали изменения КГР у испытуемых в процессе воспоминания ими воздушных налетов на Лондон.)

Наконец, необходимо отметить еще одну особенность эмоций — *неотделимость* их от других психических процессов. Эмоции как бы вплетены в ткань психической жизни, они сопровождают все психические процессы. В ощущениях они выступают как эмоциональный тон ощущений (приятное — неприятное), в мышлении — как интеллектуальные чувства (вдохновение, интерес и пр.).

Эмоции не являются познавательным процессом в собственном смысле этого слова, так как не отражают свойства и характеристики внешней среды, в них отражается субъективная значимость объекта для человека. По поводу функций эмоций в психологии существуют разные точки зрения. В частности, эмоции рассматривают как рудимент, аффективный след инстинкта (Макдауголл), и, как

всякий рудимент, эмоция обречена на постепенное угасание, отмирание. С этой проблемой связана дискуссия о роли эмоций, которая развернулась между «физиками» и «лириками» в наши дни. Первые утверждают, что развитому мышлению эмоции не нужны, они выступают как помеха. Действительно, в ряде случаев сильные эмоции мешают достижению цели, искажают восприятие, затрудняют регуляцию. Так нужны ли современному человеку эмоции? Каковы их функции? Эмоции человека тесно связаны с потребностями, они возникают в деятельности, направленной на удовлетворение потребностей, перестраивают поведение человека в направлении удовлетворения потребностей, в этом проявляется их *регулирующая* функция.

Соотношение эмоций и потребностей наиболее отчетливо представлено в информационной теории эмоций Симонова. Согласно этой теории, эмоции рассматривают как производное от качества и интенсивности актуальной потребности и вероятностной характеристики среды. Эта зависимость выражается формулой

$$Э = П\,(И_н - И_с),$$

где Э — эмоция, ее сила и знак; П — величина актуальной потребности; $И_н$ — информация, необходимая для удовлетворения существующей потребности; $И_с$ — информация, существующая в данный момент времени.

Таким образом, если $П = 0$, т. е. потребность отсутствует, то эмоции не возникают; в случае если $И_н = И_с$, человек обладает всей необходимой для удовлетворения потребности информацией, эмоции также не возникают (человек просто удовлетворяет насущную потребность). Эмоция достигает максимальных значений при отсутствии информации, при этом она имеет отрицательный знак (всем знакомо состояние страха, тревоги перед неизвестностью или состояние неудовольствия в случае невозможности удовлетворения пищевой потребности). При избытке информации, когда $И_с > И_н$, возникают положительные эмоции либо успокоение, расслабление. Таким образом, человек постоянно сравнивает информацию о том, что требуется для удовлетворения потребности, с тем, чем он располагает, и в зависимости от этого испытывает различные эмоции, которые осуществляют регуляцию поведения.

Важнейшей функцией эмоций является *оценочная*, эмоции оценивают значимость объектов, ситуаций. Причем очень часто такая оценка осуществляется в условиях дефицита времени или информации об объекте или ситуации. Эмоционально окрашенное отношение возмещает невозможность полного логического анализа. Действительно, часто в ситуациях отсутствия информации возникающий эмоциональный фон помогает человеку сориентироваться и принять решение о том, полезен или вреден внезапно возникший объект, следует ли его избегать и пр. На эту функцию эмоций обращает внимание Симонов, который пишет, что возникновение эмоционального фона восприятия позволяет решать ряд жизненных задач (например, задача выбора спутника жизни, если бы мы решали эту задачу путем анализа всех сторон, достоинств и недостатков претендента, мы ее не решили бы никогда), наслаждаться произведениями искусства, выживать в условиях незнакомой среды.

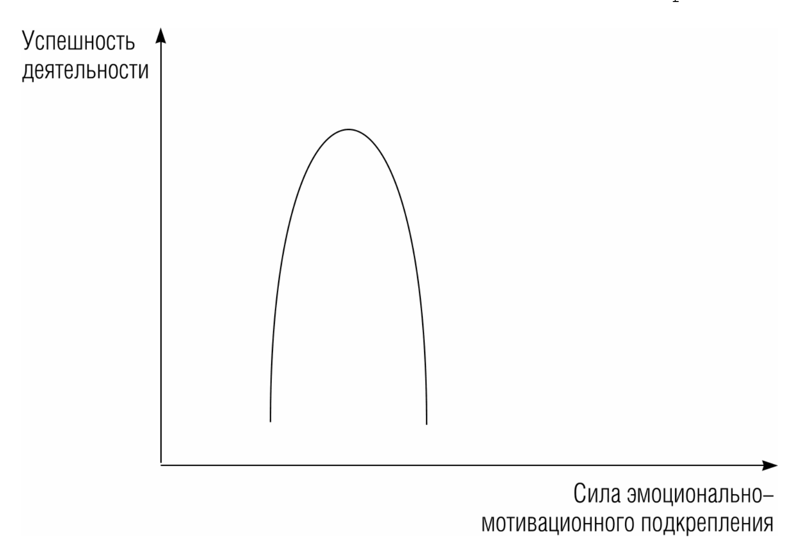


Рис. 6. Графическое отображение закона Йеркса—Додсона

Эмоции выполняют функцию *побуждения к деятельности и стимуляции*. Так, интерес «приковывает» внимание и удерживает его на объекте, страх заставляет избегать опасных объектов и ситуаций. Благодаря особой энергетической насыщенности эмоции стимулируют протекание остальных психических процессов и деятельности. С этим связана мобилизация всех сил организма в сложных, ответственных ситуациях (в условиях экзамена, ответственного выступления, чрезвычайных ситуациях и т. п.).

В то же время чрезмерное эмоциональное напряжение может отрицательно сказаться на результатах деятельности. Влияние эмоционально-мотивационных (энергетических) характеристик на продуктивность деятельности отражает закон Йеркса—Додсона (по имени американских исследователей Йеркса и Додсона), согласно которому по мере увеличения силы эмоционального подкрепления продуктивность деятельности, ее успешность, качество сначала повышается, но затем, после достижения максимальных показателей, дальнейшее усиление эмоционально-мотивационного фактора ведет к ухудшению показателей деятельности (рис. 6).

Любое взаимодействие между людьми всегда сопровождается эмоциональными проявлениями; мимические, пантомимические движения позволяют человеку передать информацию о своем отношении к другим людям, явлениям, событиям, о своем состоянии. Таким образом, эмоции выполняют *коммуникативную* функцию.

Эмоции — сложный психический процесс, который включает в себя три основных компонента.

1. Физиологический — представляет изменения физиологических систем, возникающие при эмоциях (изменение частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, сдвиги в обменных процессах, гормональные и др.).

2. Психологический — собственно переживание (радость, горе, страх и др.).
3. Поведенческий — экспрессия (мимика, жесты) и различные действия (бегство, борьба и пр.).

Первые два компонента эмоций — это внутренние их проявления, которые «замыкаются» внутри организма. Выход вовне и разрядка чрезмерной эмоциональной энергии осуществляются благодаря третьему компоненту — поведению. Так как культурные нормы современного общества, как правило, требуют сдержанности в проявлении чувств, для физического и душевного здоровья человека необходим отсроченный во времени сброс излишней энергии. Он может происходить в виде любых приемлемых для самого человека и для общества движений и действий: подвижные игры, ходьба, бег, шейпинг, танцы, бытовые действия (стирка, уборка и пр.). В связи с этим Бойко вводит такое понятие, как формула преобразования внешних и внутренних воздействий в положительную, отрицательную или нейтральную энергию состояний и поведенческих актов. Он выделяет устойчивые индивидуальные стереотипы эмоционального поведения — «эйфорическая активность вовне», «рефрактерная активность вовнутрь», «дисфорическая активность вовне». «Эйфорическая активность вовне» характеризуется тем, что эмоциональная энергетика преобразуется в позитивные психические состояния и поступки, направленные на дело, на окружающих. «Рефрактерная активность вовнутрь» — энергетический потенциал обращается на самого индивида и блокирует или затормаживает его поведение или некоторые психические проявления. «Дисфорическая активность вовне», энергетика внешних воздействий выливается в негативные поведенческие акты и психические состояния, направленные на окружающую среду, на других людей. Для каждого из этих стереотипов характерными являются определенные поведенческие проявления. Так, «эйфорическая активность вовне» проявляется в созидательной конструктивной активности, партнерстве, дружеском взаимодействии, открытости положительных эмоций, умении радоваться, веселиться. «Рефрактерная активность вовнутрь» проявляется в стремлении к размеренному образу жизни, избирательности контактов, застревании на аффективных состояниях, мнительности, недоверчивости, нежелании показать свои переживания. «Дисфорическая активность вовне» характеризуется проявлением негативных и деструктивных чувств (злости, ненависти, враждебности) в отношениях с окружающими. В зависимости от обстоятельств и оценки ситуации у человека может срабатывать одна из трех форм преобразования эмоциональной энергии, в то же время у каждого есть доминирующий стереотип.

Классификация эмоций. В процессе развития психологической науки неоднократно предпринимались попытки классификации эмоций. Одна из первых попыток принадлежит Декарту, который выделял 6 чувств: радость, печаль, удивление, желание, любовь, ненависть. Декарт полагал, что эти 6 чувств являются основными, базовыми, их сочетание порождает все многообразие человеческих эмоций. Американский исследователь Изард выделяет 11 базовых эмоций: удовольствие—неудовольствие; интерес—волнение; радость; удивление; горе—страдание; гнев; отвращение; презрение; страх; стыд; вина. Следует отметить, что указанные классификации представляют скорее перечисление. Попытки классифицировать

эмоции, опираясь на конкретные основания, принадлежат другим исследователям. Так, Вундт выделил триаду направления чувств, разделяя удовольствие и неудовольствие, напряжение и разрешение, возбуждение и спокойствие. В ней отражены знак эмоции, уровень ее стеничности и динамическая характеристика: от напряжения к разрядке. Исходя из этой триады можно охарактеризовать любую эмоцию. Шлозберг (рис. 7) положил в основу своей классификации эмоций тоже 3 основные переменные: одна из них — ось удовольствия—неудовольствия — определяет полюс эмоционального переживания, вторая отражает уровень активации с полюсами: сон—напряжение. Третья (основание) — принятие—непринятие.

Представляет интерес классификация эмоций, разработанная Симоновым. В этой классификации также учтены три основные переменные. Это, во-первых, величина потребности, во-вторых, информационная характеристика среды и, в-третьих, характер взаимодействия с объектом (табл. 4).

Данная классификация включает гораздо большее разнообразие эмоций, учитывает влияние внутренних и внешних факторов на характер и силу эмоциональных переживаний. Главное достоинство этой классификации заключается в том, что она позволяет прогнозировать характер и силу эмоционального переживания исходя из анализа исходных оснований (величины потребности, информационной характеристики среды, характера взаимодействия с объектом).

Существуют и другие подходы к классификации эмоций человека, в то же время необходимо признать, что ни одна из классификаций не является окончательной, неизменной, завершенной.

Эмоциональные феномены. Эмоции представлены в психике человека в виде четырех основных феноменов: эмоциональные реакции, чувства, эмоциональные состояния, эмоциональные свойства.



Рис. 7. Классификация эмоций (по Шлозбергу)

Таблица 4. Классификация эмоций человека в зависимости от соотношения величины потребности и информационной характеристики среды (по Симонову)

Величина потребности	Информационная характеристика среды	Контактное взаимодействие	Дистанционное взаимодействие		
			овладение	избегание, защита	преодоление, борьба
Высокая	$И_с > И_н$	Удовольствие, наслаждение			
Малая	$И_с = И_н$	Комфорт	Спокойствие	Расслабление	Невозмутимость
Высокая	$И_с < И_н$	Неудовольствие, отвращение, страдание, шок (запредельное торможение)	Беспокойство, печаль, горе, отчаяние, депрессия	Настороженность, тревога, страх, паника, оцепенение	Нетерпение, негодование, злость, гнев, ярость, бешенство, исступление, переходящее в депрессию

Эмоциональные реакции — непосредственное переживание, протекание какой-либо эмоции. Они базируются на первичных потребностях, как правило, связаны с действующими обстоятельствами, кратковременны и обратимы (например, испуг в ответ на резкий звук, радость при встрече).

Чувства — более стойкие психические образования, их можно определить как *сложный вид устойчивого эмоционального отношения человека к различным сторонам действительности*. Чувства формируются, как правило, на основе вторичных, духовных потребностей, характеризуются большей длительностью. Чувства дифференцируются в зависимости от предметной сферы, к которой они относятся. В соответствии с этим они подразделяются на: интеллектуальные, эстетические, нравственные.

Интеллектуальные чувства — переживания, возникающие в процессе интеллектуальной деятельности, такие, например, как любознательность, удивление, сомнение и др.

Эстетические чувства возникают и развиваются при восприятии и создании прекрасного и представляют собой эмоциональное отношение человека к прекрасному в природе, в жизни людей и в искусстве (например, чувство любви к музыке, чувство восхищения картиной).

Нравственные чувства — эмоциональное отношение личности к поведению людей и к своему собственному. При этом происходит сравнение поведения с норма-

ми, выработанными обществом (например, чувство долга, гуманность, доброжелательность, любовь, дружба, сочувствие и др.).

Эмоциональные состояния более длительны и устойчивы, чем эмоциональные реакции. Они согласовывают потребности и устремления человека с его возможностями и ресурсами в каждый конкретный момент времени. Для эмоциональных состояний характерно изменение нервно-психического тонуса.

Эмоциональные свойства — наиболее устойчивые характеристики человека, характеризующие индивидуальные особенности эмоционального реагирования, типичные для конкретного человека. К ним относится целый ряд особенностей, таких как эмоциональная возбудимость, эмоциональная лабильность, эмоциональная вязкость, эмоциональная отзывчивость и эмпатия, эмоциональное огрубление, алекситимия.

Эмоциональная лабильность — изменчивость эмоций и настроения по разным, зачастую самым незначительным, причинам. Эмоции колеблются в очень широком диапазоне — от сентиментальности и умиления до слезливости и слабодушия.

Эмоциональная монотонность характеризуется однообразием, неподвижностью эмоциональных реакций, отсутствием эмоционального отзвука на события.

При *эмоциональной вязкости* реакции сопровождаются фиксацией аффекта и внимания на каких-либо значимых объектах. (Вместо того чтобы отреагировать, личность сосредоточивается на обидах, неудачах, волнующих темах.)

Эмоциональная ригидность — негибкость, жесткость и ограниченный диапазон эмоционального реагирования.

Эмоциональное огрубление — неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции. Проявляется в том, что личность утрачивает сдержанность, деликатность, такт, становится назойливой, расторможенной, хвастливой.

Одним из проявлений эмоциональных свойств является *алекситимия* — сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. Алекситимия характеризуется трудностью в определении и описании собственных эмоциональных состояний, переживаний; затруднениями в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации; фокусированностью личности в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Существует гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию сознания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения, усилению физиологических реакций на стресс.

Перечисленные эмоциональные свойства могут проявляться как индивидуальные особенности человека, в основе которых лежат особенности свойств нервной системы и темперамента, но могут быть и следствием патологических изменений мозга, результатом перенесенных травм или психосоматических заболеваний.

Эмоциональная отзывчивость и эмпатия. Эмоциональная отзывчивость проявляется в том, что человек легко, гибко и быстро эмоционально реагирует на воздействия внешней среды. Когда объектом эмоциональной отзывчивости становятся люди, у человека проявляется особое свойство — *эмпатия.* Под эмпатией понимают способность входить в состояния другого человека, сопереживать, сочувство-

вать ему. Основу эмпатии составляют эмоциональная отзывчивость, важны общая сенситивность, чувствительность, а также интуиция и внимание, наблюдательность. Эмпатические способности составляют основу профессионально важных качеств в социальных профессиях, т. е. везде, где общение, понимание, взаимодействие являются неотъемлемой частью профессиональной деятельности (врачи, педагоги, социальные работники и пр.).

Психофизиологические механизмы эмоций. В формировании эмоций принимают участие разнообразные физиологические механизмы в их очень сложном взаимодействии. На примере эмоций ярко проявляются психосоматическое единство и взаимодействие, взаимные влияния и интеграция нервных и гуморальных механизмов. Это связано с тем, что развитие эмоций меняет тонус симпатического и парасимпатического отделов нервной системы, происходят изменения в деятельности эндокринной системы (передней доли гипофиза, надпочечниках, половых желез, вилочковой железы и др.). Все это вызывает выраженные изменения в деятельности внутренних органов: изменяется состав крови, показатели кровообращения, дыхания, пищеварения, терморегуляции, выделения и др. Эти изменения, в свою очередь, вторично влияют на состояние психики. Данные современной психофизиологии позволяют считать, что субъективное выражение эмоций связано с деятельностью неспецифической активирующей системы мозга, гипоталамусом, лимбической системой, базальными ганглиями; передними и височными отделами новой коры. При этом отражательно-оценочная функция реализуется при ведущем участии лобно-височной коры; подкрепляющая функция связана с деятельностью гиппокампа; переключающая — с миндалевидным комплексом; активационно-интегративная — с гипоталамусом. Установлена также определенная зависимость между модальностью эмоций и нейрохимическими процессами в мозговых структурах. В формировании эмоции участвуют также мнемические, познавательные процессы, личность в целом.

Контрольные вопросы

1. Отражение отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира — это:
   ❶ восприятие;
   ❷ эмоция;
   ❸ ощущение;
   ❹ внимание.

2. Отражение общих и существенных связей и отношений предметов и явлений окружающего мира — это:
   ❶ память;
   ❷ воображение;
   ❸ представление;
   ❹ мышление.

3. Отражение прошлого опыта в виде чувств, переживаний, мыслей, образов — это:
   ❶ ассоциация;
   ❷ память;
   ❸ апперцепция;
   ❹ речь.

4. Основными свойствами ощущений являются указанные, кроме:
   ❶ модальности;
   ❷ константности;
   ❸ интенсивности;
   ❹ длительности.

5. Минимальная разница между стимулами, вызывающая различие в ощущениях, — это:
   ❶ абсолютный нижний порог ощущений;
   ❷ дифференциальный порог;
   ❸ абсолютный верхний порог;
   ❹ пространственный порог.

6. Изменение чувствительности органов чувств под влиянием действующего раздражителя — это:

❶ сенсибилизация;

❷ адаптация;

❸ синестезия;

❹ апперцепция.

7. К свойствам восприятия относятся указанные, кроме:

❶ целостности;

❷ структурности;

❸ реминисценции;

❹ апперцепции.

8. Неправильное искаженное восприятие предмета или явления, действующего в данный момент на органы чувств, — это:

❶ галлюцинация;

❷ иллюзия;

❸ реминисценция;

❹ адаптация.

9. Для возникновения непроизвольного внимания необходимо указанное, кроме:

❶ необычности раздражителя;

❷ новизны;

❸ осознания долга и обязанностей выполняемой деятельности;

❹ несоответствия раздражителя ожидаемому (относительная новизна стимула).

10. Когда человек начинает носить жесткие контактные линзы, они ему очень мешают, но со временем он перестает их замечать. Что является причиной этого?

❶ Адаптация.

❷ Сенсибилизация.

❸ Реминисценция.

❹ Иллюзия.

11. Для восприятия характерны указанные особенности, кроме:

❶ работы нескольких анализаторов;

❷ моторного компонента;

❸ связи с мышлением;

❹ врожденной способности.

12. Улучшение воспроизведения информации по прошествии некоторого времени (48–72 ч) — это:

❶ синестезия;

❷ реминисценция;

❸ конкретизация;

❹ реактивность.

13. Свойствами внимания являются указанные, кроме:

❶ устойчивости;

❷ предметности;

❸ объема;

❹ избирательности.

14. Объем внимания взрослого человека составляет:

❶ 5–7 простых фигур;

❷ 6–9 простых фигур;

❸ 9–11 простых фигур;

❹ 12–13 простых фигур.

15. Мышление включает следующие операции, кроме:

❶ анализа;

❷ абстрагирования;

❸ разделения;

❹ обобщения.

16. Особенностями, препятствующими творческому мышлению, являются указанные, кроме:

❶ склонности к конформизму;

❷ способности видеть объект под новым углом зрения;

❸ ригидности мышления;

❹ внутренней цензуры.

17. Автор информационной теории эмоций:

❶ Рейковский;

❷ Изард;

❸ Симонов;

❹ Шлозберг.

18. К свойствам эмоций относятся указанные, кроме:

❶ полярности;

❷ реактивности;

❸ энергетической насыщенности;

❹ интегральности.

Глава 3

ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

В современной психологии много внимания уделяется проблеме психических состояний. *Психическое состояние* — конкретная структурная организация всех имеющихся у человека психических компонентов, обусловленная данной ситуацией и предвидением результатов действий, их оценкой с позиций личностных ориентаций и установок, целей и мотивов всей деятельности (Сосновикова). Психические состояния многомерны, они выступают и как система организации психических процессов, всей деятельности человека в каждый конкретный момент времени, и как отношения человека. В них всегда представлена оценка ситуации и потребности человека. Существует представление о состояниях как о фоне, на котором протекает психическая и практическая деятельность человека.

Психические состояния могут быть эндогенными и реактивными, или психогенными (Мясищев). В возникновении эндогенных состояний главную роль играют факторы организма. Отношения не играют роли. Психогенные состояния возникают по поводу обстоятельств, имеющих большое значение, связанных со значимыми отношениями: неудачей, потерей репутации, крахом, катастрофой, потерей дорогого лица. Психические состояния имеют сложный состав. Они включают в себя временны́е параметры (длительность), эмоциональные, активационные, тонические, тензионные составляющие.

С точки зрения временно́й организации можно выделить мимолетные (неустойчивые), длительные и хронические состояния. К числу последних можно отнести, например, состояние хронического утомления, хронического стресса, который чаще всего связан с влиянием повседневных стрессов.

Тонус является важнейшей структурной характеристикой состояния, многие авторы считают даже, что различия между психическими состояниями обусловлены именно различиями тонической составляющей. Тонус определяется уровнем функционирования нервной системы, в первую очередь ретикулярной формации, а также активностью гормональных систем. В зависимости от этого выстраивается определенный континуум психических состояний:

Коматозное состояние > наркоз > гипноз > быстрый сон > медленный сон > > пассивное бодрствование > активное бодрствование > психоэмоциональное напряжение > психоэмоциональная напряженность > психоэмоциональный стресс > > фрустрация > аффект.

Остановимся кратко на характеристике некоторых из этих состояний. Состояние *активного бодрствования* (I степень нервно-психического напряжения по Немчину) характеризуется выполнением произвольных действий, не имеющих эмоционального значения, на фоне низкого уровня мотивации. По сути дела — это состояние покоя, невключенности в сложную деятельность для достижения цели. При исследовании испытуемых, находящихся в данном состоянии, их характеристики не отличаются от обычных фоновых показателей соматических систем и психической сферы.

Психоэмоциональное напряжение (II степень нервно-психического напряжения) появляется тогда, когда повышается уровень мотивации, появляются значимая цель и существенная информация; повышаются сложность и эффективность деятельности, но человек справляется с поставленной задачей. Примером может быть выполнение повседневной профессиональной работы в обычных условиях. Это состояние в ряде классификаций называется *операциональным напряжением* (Наенко). При этом состоянии повышается уровень активированности нервной системы, что сопровождается интенсификацией деятельности гормональной системы, повышением уровня деятельности внутренних органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной и др.). Наблюдаются существенные позитивные сдвиги в психической деятельности: увеличиваются объем и устойчивость внимания, усиливается способность к концентрации на выполняемом задании, снижаются отвлекаемость и переключаемость внимания, увеличивается продуктивность логического мышления, наблюдаются повышение когнитивной деятельности в целом. В психомоторной сфере наблюдается уменьшение частотных и амплитудных характеристик тремора, увеличение точности и скорости движений. Таким образом, состояние нервно-психического напряжения II степени (психоэмоционального напряжения) характеризуется повышением качества и эффективности деятельности.

Состояние психоэмоциональной напряженности (или состояние нервно-психического напряжения III степени) появляется, когда ситуация становится личностно значимой, при резком увеличении мотивации, повышении степени ответственности (например, ситуация экзамена, публичного выступления, сложной хирургической операции). При этом состоянии происходит резкое усиление деятельности гормональных систем, особенно надпочечников, что сопровождается существенными сдвигами в деятельности внутренних органов и систем. В психической сфере наблюдаются отвлекаемость внимания, затруднения в извлечении информации из памяти, снижаются скорость и точность реагирования, уменьшается эффективность деятельности. Появляются различные формы отрицательного эмоционального реагирования: волнение, тревога, ожидание неудачи, провала. Это состояние не случайно называется также состоянием *эмоционального* напряжения в противовес описанному выше состоянию операционального напряжения.

Психоэмоциональный стресс появляется при выполнении непосильной работы, в условиях угрозы жизни или престижу, дефицита информации или времени. При психоэмоциональном стрессе происходит снижение резистентности организма, появляются соматовегетативные сдвиги (повышение артериального давления) и переживания соматического дискомфорта (боли в сердце и пр.). Происходит дез-

организация психической деятельности. Продолжительные или часто повторяющиеся стрессы ведут к психосоматическим заболеваниям. В то же время человек может противостоять даже длительным и сильным стрессорам, если он владеет адекватными стратегиями поведения в стрессовой ситуации.

По сути дела психоэмоциональное напряжение, психоэмоциональная напряженность и психоэмоциональный стресс представляют собой разные уровни проявления стрессовых реакций.

Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование (Селье). По физиологической сути стресс понимается как адаптационный процесс, целью которого является сохранение морфофункционального единства организма и обеспечение оптимальных возможностей для удовлетворения имеющихся потребностей. Под неспецифическим ответом Селье понимал стереотипный ответ организма, независимый от природы раздражителя. Лазарус разводит понятия физиологического и психологического стресса. Они отличаются по особенностям стимула, механизму возникновения и характеру ответной реакции. Физиологический стресс характеризуется нарушением гомеостаза, он вызывается непосредственным действием неблагоприятного фактора на организм (например, погружение в ледяную воду, перегрев организма и пр.). Восстановление гомеостатических функций обеспечивается висцеральными и нейрогуморальными механизмами, которые обусловливают стереотипный характер реакций, однозначно обусловленных характером стрессора. Поэтому при физиологическом стрессе реакции стереотипны и предсказуемы. Иначе обстоит дело при психологическом стрессе. Анализ психологического стресса требует учета таких факторов, как *значимость ситуации* для субъекта, интеллектуальные процессы, личностные особенности. Поэтому при психологическом стрессе реакции индивидуальны и не всегда предсказуемы. «...Решающим фактором, определяющим механизмы формирования психических состояний, отражающим процесс адаптации к сложным условиям у человека, является не столько объективная сущность “опасности”, “сложности”, “трудности” ситуации, сколько ее субъективная, личная оценка человеком» (Немчин).

Любая нормальная деятельность человека может вызвать значительный стресс, не причинив при этом вреда организму. Более того, умеренный стресс (состояния нервно-психического напряжения I, II и отчасти III уровня) мобилизует защитные силы организма и, как было показано в ряде исследований, оказывает тренирующий эффект, переводя организм на новый уровень адаптации. Вредоносным является дистресс, или вредный стресс, по терминологии Селье. Состояния психоэмоциональной напряженности, психоэмоционального стресса, фрустрации, аффекта можно отнести к дистрессовым состояниям.

Фрустрация — психическое состояние, возникающее в случае, когда человек на пути к достижению цели сталкивается с препятствиями, которые реально непреодолимы или воспринимаются им как непреодолимые. В ситуациях фрустрации происходит резкое повышение активации подкорковых образований, возникает сильный эмоциональный дискомфорт. При высокой толерантности (устойчивости) по отношению к фрустраторам поведение человека остается в пределах адаптивной нормы, человек демонстрирует конструктивное, разрешающее ситу-

ацию поведение. При низкой толерантности могут проявляться различные формы неконструктивного поведения. Наиболее частой реакцией является агрессия, которая имеет разное направление. Агрессия, направленная на внешние объекты: словесный отпор, обвинения, оскорбление, физические нападки на человека, который вызвал фрустрацию. Агрессия, направленная на себя: самообвинение, самобичевание, чувство вины. Может происходить смещение агрессии на других лиц или на неодушевленные предметы, тогда человек «выливает свой гнев» на ни в чем не повинных членов семьи или бьет посуду.

Аффекты — стремительно и бурно протекающие эмоциональные процессы взрывного характера, которые дают разрядку в действиях, не подчиненных волевому контролю. Для аффекта характерны сверхвысокий уровень активации, изменения во внутренних органах, измененное состояние сознания, его сужение, концентрация внимания на каком-либо одном объекте, уменьшение объема внимания. Изменяется мышление, человеку трудно предвидеть результаты своих поступков, целесообразное поведение становится невозможным. Тормозятся не связанные с аффектом психические процессы. Важнейшим показателем аффекта является нарушение произвольности действий, человек не отдает отчета в своих действиях, что проявляется либо в сильной и беспорядочной двигательной активности, либо в напряженной скованности движений и речи («онемел от ужаса», «застыл от удивления»).

Рассмотренные выше характеристики психической напряженности и тонуса не определяют модальности эмоционального состояния. Вместе с тем среди всех психических состояний мы не можем найти ни одного, в котором эмоции не имели бы значения. Во многих случаях нетрудно отнести эмоциональные состояния к приятным или неприятным, но довольно часто психическое состояние представляет собой сложное единство противоположных переживаний (смех сквозь слезы, радость и печаль, существующие одновременно, и т. п.). Для обозначения двойственности переживаний Блейлер предложил специальный термин «амбивалентность чувств».

К *положительно окрашенным* эмоциональным состояниям относятся удовольствие, состояние комфорта, радости, счастья, эйфории. Они характеризуются улыбкой, удовольствием от общения с другими людьми, ощущением принятия окружающими, уверенностью в себе и спокойствием, ощущением способности справиться с жизненными проблемами. Аргайл и др. выделили 3 группы факторов положительных эмоциональных состояний, такие как полнота переживаний и их глубина; успех; чувство привязанности к людям. Полнота переживаний имеет много общего с «пиковыми переживаниями», или «моментами наиболее полного ощущения счастья и самореализации» (Маслоу). Это состояние характеризуется как полная вовлеченность, погруженность в какую-либо деятельность — трудовую или досуговую. Источником этой вовлеченности является равновесие между сложностью деятельности и умениями человека. Если проблема, которую предстоит решить, слишком сложна, появляется чувство беспокойства, если слишком проста, то чувство скуки.

Положительно окрашенное эмоциональное состояние влияет на протекание практически всех психических процессов и поведение человека. Так, если в момент

заучивания испытуемые находились в состоянии удовольствия, радости, то доля последующего воспроизведения заученных слов составляла 78%, если же в состоянии подавленности, депрессии, то только 34%. Известно, что успех в решении интеллектуального теста положительно влияет на успешность решения последующих заданий, неуспех — отрицательно. Стимулирование положительных эмоций приводит к оригинальным и разнообразным словесным ассоциациям, способствует творческой отдаче и благоприятно влияет на решение задач. Многие эксперименты показали, что счастливые люди проявляют бóльшую готовность прийти на помощь другим. Так, в одном из экспериментов 47% испытуемых, положительно окрашенные эмоциональные состояния которых были вызваны воспоминаниями о счастливых эпизодах их жизни, с готовностью согласились сдать свою кровь, в то время как в контрольной группе на это согласились лишь 17%. Многие исследования свидетельствуют о том, что люди, находящиеся в хорошем расположении духа, склонны более положительно оценивать свое окружение (Аргайл).

Совсем по-другому характеризуются отрицательно окрашенные эмоциональные состояния, к которым можно отнести состояния печали, меланхолии, тревоги, депрессии, страха, паники. Наиболее изученными являются состояния тревоги, депрессии, страха, ужаса, паники.

Состояние тревоги возникает в ситуациях неопределенности, когда характер или время возникновения угрозы не поддается предсказанию. Тревога — сигнал опасности, которая еще не реализована. Состояние тревоги переживается как чувство диффузного опасения, как неопределенное беспокойство — «свободноплавающая тревога». Тревога изменяет характер поведения, ведет к усилению поведенческой активности, побуждает к более интенсивным и целенаправленным усилиям и тем самым выполняет адаптивную функцию. Однако в случае, если интенсивность и длительность тревоги неадекватны ситуации, это препятствует формированию адаптивного поведения и ведет к нарушениям поведенческой интеграции, а иногда и к клинически выраженным нарушениям психики и поведения. При изучении тревоги выделяют тревогу как личностную черту, обусловливающую готовность к тревожным реакциям, проявляющимся в неуверенности в будущем, и актуальную тревогу, входящую в структуру психического состояния в данный конкретный момент (Спилбергер, Ханин). Березин, основываясь на экспериментальных исследованиях и клинических наблюдениях, развивает представление о существовании тревожного ряда. Этот ряд включает в себя следующие аффективные феномены.

1. *Ощущение внутренней напряженности.* Создавая напряженность, настороженность, этот уровень тревоги имеет наиболее адаптивное значение, поскольку включает механизмы адаптации, модифицирует активность личности и не сопровождается нарушениями интеграции поведения.

2. *Гиперестезические реакции.* При нарастании тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, им придается отрицательная эмоциональная окраска, утрачивается дифференциация значимых и незначимых стимулов, в результате чего множество событий внешней среды становятся значимыми для субъекта, а это, в свою очередь, еще больше усиливает тревогу.

3. *Собственно тревога* характеризуется появлением ощущения неопределенной угрозы, неясной опасности. Признаком тревоги является невозможность определить характер угрозы и предсказать время ее возникновения. Неосознаваемость причин, вызвавших тревогу, может быть связана с отсутствием или бедностью информации, с неадекватностью ее логической переработки или неосознаванием факторов, вызывающих тревогу.

4. *Страх*. Неосознаваемость причин тревоги, отсутствие ее связи с объектом делают невозможным организацию деятельности по устранению или предотвращению угрозы. В результате неопределенная угроза начинает конкретизироваться, происходит смещение тревоги к конкретным объектам, которые начинают расцениваться как угрожающие, хотя это может и не соответствовать действительности. Такая конкретизированная тревога представляет собой страх.

5. *Ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы*, нарастание интенсивности тревоги приводят субъекта к представлению о невозможности избежать угрозы. А это вызывает потребность в двигательной разрядке, которая проявляется в следующем, шестом феномене — *тревожно-боязливом возбуждении*, на этой стадии дезорганизация поведения достигает максимума, возможность целенаправленной деятельности исчезает.

Все эти феномены проявляются по-разному в зависимости от стабильности психического состояния.

Анализируя состояние страха и его причины, Кемпинский выделяет четыре вида страха: биологический, социальный, моральный, дезинтеграционный. Данная классификация исходит из особенностей ситуации, вызвавшей страх. Ситуации, связанные с непосредственной угрозой жизни, вызывают биологический страх, который является первичной формой страха, возникающей в случае депривации первичных, жизненных потребностей. Состояние кислородного голодания (например, при сердечной недостаточности) вызывает острое чувство страха. Социальный страх развивается в случае нарушения взаимодействия с ближайшим социумом (страх отвержения близкими, страх наказания, страх учителя, который часто бывает у младших школьников, и др.).

Страх очень часто сопровождается интенсивными проявлениями со стороны показателей физиологической реактивности, такими как дрожь, учащенное дыхание, сердцебиение. Многие ощущают чувство голода или, наоборот, резкое снижение аппетита. Страх влияет на протекание психических процессов: наблюдаются резкое ухудшение или обострение чувствительности, плохая осознанность восприятия, рассеянность внимания, имеются трудности сосредоточения, путание речи, дрожание голоса. На мышление страх влияет по-разному: у одних повышается сообразительность, они концентрируются на поисках выхода, у других — ухудшается продуктивность мышления.

Очень часто снижается волевая деятельность: человек чувствует неспособность что-либо предпринять, ему трудно заставить себя преодолеть это состояние. Для преодоления страха чаще всего используются следующие приемы: человек старается продолжать свое дело, вытесняя страх из сознания; находит облегчение в слезах, в прослушивании любимой музыки, в курении. И лишь некоторые стараются «спокойно понять причину страха».

Депрессия — временное, постоянное или периодически проявляющееся состояние тоски, душевной подавленности. Характеризуется снижением нервно-психического тонуса, обусловленного негативным восприятием реальности и самого себя. Депрессивные состояния возникают, как правило, в ситуациях утраты: смерть близких, разрыв дружеских или любовных отношений. Депрессивное состояние сопровождается психофизиологическими нарушениями (утратой энергии, мышечной слабостью), ощущением пустоты и бессмысленности, чувством вины, одиночества, беспомощности (Василюк). Для депрессивного состояния характерны мрачная оценка прошлого и настоящего, пессимизм в оценке будущего.

В классификации психических состояний выделяют также соматопсихические состояния (голод, жажда, половое возбуждение) и психические состояния, возникающие в процессе трудовой деятельности (состояния утомления, переутомления, монотонии, состояния вдохновения и подъема, сосредоточенности и рассеянности, а также скуки и апатии). Эти состояния описаны в работах Левитова, Ильина, Платонова, Лебедева, Горбова.

Настроение. В психологической литературе имеются противоречивые взгляды на природу настроения. Одни авторы (Рубинштейн, Якобсон) считают настроение самостоятельным психическим состоянием, другие рассматривают настроение как совокупность нескольких психических состояний, придающих эмоциональную окраску сознанию (Платонов). Большинство авторов рассматривают настроение как общее эмоциональное состояние, которое в течение определенного времени окрашивает переживания и деятельность человека. Таким образом, настроение можно рассматривать как устойчивый компонент психических состояний.

Создают настроение, во-первых, интероцептивные ощущения, о которых Сеченов писал: «Общим фоном для относящихся сюда многообразных проявлений служит то смутное валовое чувство (вероятно, из всех органов тела, снабженных чувствующими нервами), которые мы зовем у здорового человека чувством общего благосостояния, а у слабого и болезненного — чувством общего недомогания. В общем, фон этот хотя и имеет характер спокойного, ровного, смутного чувства, влияет, однако, очень резко не только на рабочую деятельность, но даже и на психику человека. От него зависит тот здоровый тон во всем, что делается в теле, который медики обозначают словом vigor vitalis, и то, что в психической жизни носит название “душевного настроения”» (Сеченов).

Вторая важная детерминанта настроения — отношение человека к окружающей действительности и к самому себе в каждый момент времени (Василюк). Если эмоциональные состояния, аффект, стресс ситуативны, т. е. отражают субъективное отношение к объектам, явлениям в определенной ситуации, то настроение более обобщено. В преобладающем настроении генерализованно отражается *мера удовлетворенности основных потребностей человека* (в самосохранении, в продолжении рода, в самоактуализации, в принятии и любви).

Подлинные причины плохого настроения зачастую скрыты от личности в силу механизмов психологической защиты. (Источником настроения, называемым человеком, является: «Не с той ноги встал», а на самом деле человек не удовлетворен той позицией, которую он занимает.) Поэтому можно сказать, что настроение

представляет собой бессознательную эмоциональную оценку личностью того, как складываются для нее обстоятельства на данный момент времени. Поэтому гармонизация настроения во многом зависит от успешности самореализации и саморазвития личности. Необходимо отметить, что многие авторы разделяют настроение на доминирующее (постоянное), характерное для индивида, и актуальное, текущее (реактивное), возникающее и изменяющееся под влиянием ситуации.

Факторы управления психическими состояниями. Факторами, уменьшающими стрессогенность среды и ее отрицательное влияние на организм, являются предсказуемость внешних событий, возможность заранее подготовиться к ним, а также возможность контроля над событиями, что существенно снижает силу воздействия неблагоприятных факторов. Значительную роль в преодолении отрицательного влияния неблагоприятных состояний на деятельность человека играют волевые качества. «Проявление волевых качеств (силы воли) — это, прежде всего, переключение сознания и волевого контроля с переживания неблагоприятного состояния на регуляцию деятельности (на ее продолжение, подачу внутренней команды к началу деятельности, к сохранению качества деятельности)» (Ильин). Переживание состояния при этом отодвигается в сознании на второй план. Важную роль в регуляции психических состояний, в том, как человек реагирует на воздействие стрессоров окружающей среды, играют индивидуально-типические особенности нервной системы и личности. Известно, что лица с высокой силой нервной системы характеризуются большей устойчивостью, лучшей переносимостью стрессовых ситуаций по сравнению с индивидами, имеющими слабую силу нервной системы. Наиболее изучено влияние на переносимость стрессовых состояний таких свойств личности, как локус контроля, психологическая устойчивость, самооценка, а также доминирующее настроение. Так, найдены подтверждения того, что жизнерадостные люди более устойчивы, способны сохранять контроль и критичность в сложных ситуациях. Локус контроля (Роттер) определяет, насколько эффективно человек может контролировать окружающую обстановку и владеть ею. В соответствии с этим выделяют два типа личности: экстерналы и интерналы. Экстерналы большинство событий не связывают с личным поведением, а представляют их как результат случайности, внешних сил, неподвластных человеку. Интернал же, напротив, исходит из того, что большинство событий потенциально находятся под личным контролем, и поэтому он прикладывает больше усилий для того, чтобы влиять на ситуацию, контролировать ее. Для них характерна более совершенная когнитивная система, тенденция разрабатывать конкретные планы действий в разных ситуациях, что позволяет им более успешно владеть собой и справляться со стрессовыми ситуациями.

Влияние самооценки проявляется в том, что люди с низкой самооценкой проявляют более высокий уровень страха или тревожности в угрожающей ситуации. Они воспринимают себя чаще всего как имеющих неадекватно низкие способности для того, чтобы справиться с ситуацией, поэтому они действуют менее энергично, склонны подчиняться ситуации, пытаются избегать трудностей, так как убеждены, что не в силах с ними справиться.

В клинической психологии накоплен большой материал, касающийся психологических особенностей лиц с так называемым типом «А». Устойчивыми харак-

теристиками поведения этого типа являются высокая эмоциональная напряженность, ситуативная и личностная тревожность, высокая мотивация к успеху, амбициозность, стремление доминировать, а также нетерпеливость, несдержанность, враждебность и агрессивность при блокировании потребностей. Для них характерны и внешние проявления эмоциональности: быстрая речь, активная жестикуляция. Такая поведенческая активность является фактором риска стенокардии, инфаркта миокарда. Среди лиц, у которых возникла ишемическая болезнь сердца, поведение типа «А» встречается чаще, чем противоположный тип поведения — тип «Б».

Таким образом, мы видим, что стресс в большой мере является индивидуальным феноменом.

Важным направлением психологической помощи являются обучение человека определенным приемам и выработка навыков поведения в стрессовых ситуациях, повышение уверенности в себе и самопринятие.

В исследованиях Селье и многочисленных последующих работах показано, что непредсказуемые и неуправляемые события более опасны, чем предсказуемые и управляемые. Когда люди понимают, как протекают события, могут повлиять на них или, хотя бы частично, оградить себя от неприятностей, вероятность стресса значительно снижается. Применительно к профессиональной деятельности можно сказать, что если на рабочем месте возможность управления ситуацией очень низка, а напряженность работы значительна, то такая работа сама по себе является стрессором. Исследователи из Манчестерского университета изучили разные в отношении стресс-факторов виды профессиональной деятельности и проранжировали их по 10-балльной шкале в зависимости от вероятности возникновения стресса:

минеры, шахтеры	8,3;
полицейские	7,7;
журналисты	7,5;
хирурги	7,4;
стоматологи	7,2;
терапевты	6,8;
учителя	6,2;
водители	5,3;
астрономы	3,4;
музейные работники	2,8;
библиотекари	2,0.

Практически все виды работы, связанные с постоянным, широким общением, вызывают состояние психической напряженности.

Контрольные вопросы

1. Стремительно и бурно протекающий эмоциональный процесс взрывного характера, дающий разрядку в действиях, не подчиненных волевому контролю, — это:

❶ фрустрация;

❷ стресс;

❸ аффект;

❹ страсть.

2. Кемпинский выделяет следующие виды страха, кроме:

❶ морального;

❷ биологического;

❸ религиозного;

❹ социального.

3. При анализе психологического стресса важно учитывать следующие факторы, кроме:

❶ личностных особенностей;

❷ объективной сущности психологической трудности;

❸ значимости ситуации;

❹ интеллектуальных процессов.

4. Чувство вины характерно для психического состояния:

❶ тревоги;

❷ депрессии;

❸ агрессии;

❹ страха.

Глава 4

ЛИЧНОСТЬ И ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ (Психический склад личности)

Личность — одна из базовых категорий психологической науки. Для того чтобы ее проанализировать и выделить основные свойства, рассмотрим это понятие в ряду «индивид—субъект деятельности—личность—индивидуальность». В понятии «индивид» отражена родовая принадлежность человека, его биологическая сущность, отнесенность к биологическому виду Homo Sapiens. Исходя из этого структура индивида определяется прежде всего природными характеристиками человека как вида. Индивидные свойства подразделяются на два класса: первичные и вторичные. К первичным свойствам индивида относятся: половые, возрастные, конституциональные характеристики (телосложение и биохимическая индивидуальность). Важнейшее место в структуре первичных свойств индивида занимает билатеральность, или свойства функциональной асимметрии полушарий и связанных с этим сенсорных и моторных асимметрий. Важное место в структуре индивида занимают также нейродинамические свойства — общие и парциальные свойства нервной системы. Взаимодействие первичных свойств индивида определяет динамику психофизиологических функций (сенсорных, мнемических, вербально-логических, моторных и т. п.) и структуру органических потребностей. Высшая интеграция этих свойств представлена в темпераменте и задатках человека (рис. 8).

Основная форма развития индивидных свойств — онтогенетическая эволюция. По мере развертывания онтогенеза усиливается фактор индивидуальной изменчивости, что связано с активным воздействием социальных свойств личности на структурно-динамические особенности индивида — через механизмы экстерио- и интериоризации.

Анализируя свойства личности, прежде всего необходимо выделить ее социальные характеристики. Человек рождается индивидом, личностью он становится в результате социализации, усвоения общественного опыта. В соответствии с этим исходным моментом свойств личности является ее статус в обществе (экономические, правовые, профессиональные, политические и другие положения), а также особенности общности, в которой складывалась и формировалась данная

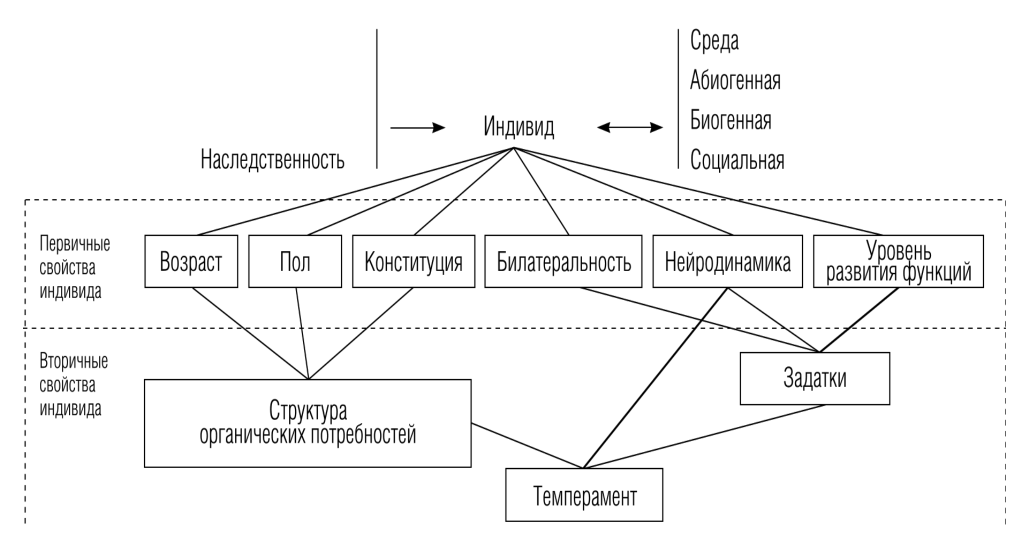


Рис. 8. Схема свойств человека как индивида

личность. На основе статуса строятся общественные функции — роли, цели и ценностные ориентации личности, образующие первый ряд личностных свойств (рис. 9). Эти личностные характеристики определяют особенности мотивации поведения, структуру общественного поведения, составляющих второй ряд личностных свойств. Высшим эффектом первичных и вторичных личностных свойств является характер человека, с одной стороны, и его склонности — с другой. Если основной формой развития индивида является онтогенез, то основной формой развития личности является жизненный путь человека в обществе, его социальная биография.

Рассматривая основные свойства человека как субъекта деятельности, следует отметить, что исходными характеристиками в этой сфере являются сознание (как отражение объективной действительности) и деятельность (как преобразование действительности).

Анализ становления основных видов деятельности в онтогенезе показал, что первичной деятельностью ребенка можно считать познание как процесс отражения человеком мира, осуществляемого посредством сенсорно-перцептивных и вербально-логических систем.

Второй важнейшей формой деятельности является общение. Именно благодаря развитию познания и общения, их взаимодействия возникает такая синтетическая форма деятельности, как игровая, которая является, таким образом, результатом развития более общих форм деятельности — познания и общения. Развитие ребенка как субъекта общения и познания формирует готовность к трудовой деятельности. Человек выступает как субъект трех основных видов деятельности: познания, общения и труда.

В процессе изменения основных видов деятельности человека от самых элементарных общих форм до сложных видов профессиональной деятельности формируются характер и способности, общая одаренность и трудоспособность.

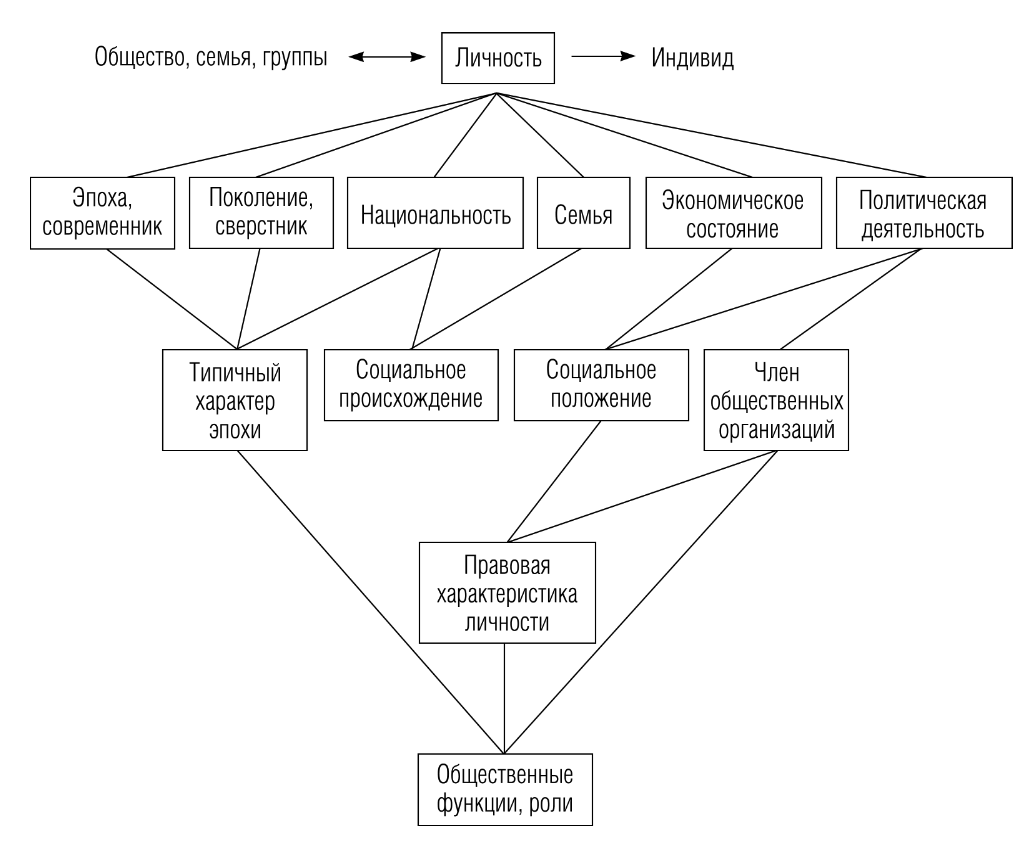


Рис. 9. Схема основных характеристик человека как личности

Как субъект деятельности человек обладает определенным потенциалом — трудоспособностью и работоспособностью, специальными способностями, активностью в форме ценностных ориентаций, мотивов, сформированным определенным жизненным и профессиональным опытом. Трудоспособность человека есть явление историческое, непосредственно связанное с развитием средств общественного производства. По мере развития трудовых функций человека от энергетических к технологическим, от них к управляющим и контрольным возникают новые компоненты трудоспособности, изменяются взаимосвязи между ними и преобразуется сама структура трудоспособности. Производственная деятельность в современных условиях представляет собой такое сочетание физического и умственного труда, при котором именно умственные, т. е. познавательные, функции управления и регулирования приобретают ведущее значение. Под трудоспособностью в психологическом смысле можно понимать внутренние силы личности, важные для определения возможностей дальнейшего развития трудовой деятельности человека, включая в ее состав обучаемость и одаренность. В структуру свойств субъекта деятельности включаются также такие свойства, как жизнеспособность, работоспособность и специальные способности, которые,

так же как и трудоспособность, составляют резервы и ресурсы развития личности. Рассмотрим более подробно наиболее важные составляющие субъектной, личностной структур человека, такие как возрастно-половые, конституциональные, нейродинамические особенности, темперамент, характер, способности.

Возрастно-половые характеристики человека

Возрастное развитие. Психическое развитие — процесс, развертывающийся во времени и характеризующийся как количественными, так и качественными изменениями. Возраст в психологии определяется как относительно ограниченная во времени ступень психического развития индивида и его развития как личности, характеризуемая совокупностью закономерных физиологических и психологических изменений, не связанных с различием индивидуальных особенностей. В каждом из возрастов складываются новые психические качества — новообразования, как их назвал Выготский. Новообразованиями юности, например, являются профессиональное самоопределение и ответственность, а в зрелости это устремленность к профессиональным вершинам, стабильные профессиональные притязания, индивидуализация.

В процессе изучения возрастного развития человека были выделены закономерности, такие как неравномерность и гетерохронность.

Неравномерность возрастного развития заключается в том, что отдельные психические функции и личностные качества человека имеют определенную траекторию изменений во времени, рост и старение психических функций происходит неравномерно, с разными темпами. В разные возрастные периоды может ускоряться или замедляться психическое развитие. Известно, например, увеличение темпов развития в подростковый период и относительное замедление в период взрослости. На неравномерность психического развития оказывает влияние историческое время. В XX в. по сравнению с XIX-м наблюдаются явления ускорения, или акселерации, общесоматического и нервно-психического развития и в то же время замедление процессов старения.

Гетерохронность развития проявляется в несовпадении во времени характеристик развития разных функций. Примером гетерохронии может быть несовпадение во времени достижений оптимума сенсорных функций, интеллектуальных, творческих способностей и социального развития. Сенсорное развитие достигает фазы зрелости в 18–25 лет, интеллектуальные, творческие способности могут достигать в среднем своего оптимума в 35 лет, а личностная зрелость — в 50–60 лет. Это создает благоприятные условия для возрастного индивидуального развития человека на протяжении всей его жизни. В период роста быстрее всего развиваются именно те функции (например, сенсорные), которые имеют первостепенное значение для развития других функций. В период старения гетерохрония обеспечивает сохранность и дальнейшее развитие одних функций за счет других, которые в это время инволюционизируют и ослабевают. Так, осведомленность и словарный запас пожилого человека могут увеличиваться, в то время как психомоторика и сенсорно-перцептивные функции ухудшаются. Гетерохронность развития находит свое отражение в существовании нескольких видов возрастов. Существует по-

нятие паспортного возраста, который определяется количеством прожитых лет. Биологический возраст определяется степенью зрелости организма, нервной системы, износа организма. Социальный возраст определяется исходя из тех социальных ролей и функций, которые выполняет человек. Психологический возраст определяется характером планов, перспектив будущей жизни; чем больше у человека нереализованных планов, тем моложе его психологический возраст. То есть психологический возраст измеряется внутренней системой отсчета личности и зависит от удельного веса в нем психологического прошлого и психологического будущего. Очень часто перенесенная тяжелая болезнь, инвалидность изменяют эту внутреннюю систему отсчета и резко увеличивают психологический возраст личности, повышая удельный вес психологического прошлого.

В развитии всех систем отмечается сложное переплетение инволюционных и эволюционных процессов. К психологическим факторам возрастного развития, противостоящим общему процессу старения, можно отнести развитие речемыслительных функций и сенсибилизацию функций в процессе трудовой деятельности. По поводу первого из этих факторов Ананьев писал, что важнейшие приобретения исторической природы человека становятся решающим фактором его онтогенетической эволюции. Было показано, что люди, продолжающие образование в зрелом возрасте, занимающиеся умственной деятельностью, характеризуются более высокой сохранностью психофизиологических, сенсомоторных, интеллектуальных функций на всем диапазоне взрослости. Более того, в процессе развития взрослого человека имеет место повышение обучаемости. Что касается второго фактора развития, а именно сенсибилизации функций в процессе трудовой деятельности, то следует отметить, что в развитии психических функций выделяются две фазы. Первая фаза характеризуется общим фронтальным прогрессом функций (в юности, молодости, начале среднего возраста), определяемым их созреванием. Во второй фазе эволюция функций сопровождается специализацией их применительно к определенной деятельности. Этот второй пик функционального развития достигается в более поздние периоды зрелости. Если в первой фазе развития в качестве главного механизма выступает функциональный, то во второй фазе в качестве главных механизмов выступают операциональные, а продолжительность этой фазы определяется степенью активности человека как субъекта деятельности. Так, например, было показано, что у лиц водительских профессий острота зрения, поле зрения, глазомер оставались сохранными вплоть до пенсионного возраста благодаря включенности их в профессиональную деятельность.

По мере становления личности растет целостность, интегративность ее психической организации, усиливается взаимосвязь различных свойств и характеристик, накапливаются новые потенциалы развития. Происходит расширение и углубление связей личности с окружающим миром, обществом и другими людьми. Особую роль играют те стороны психики, которые обеспечивают внутреннюю активность личности, проявляющуюся в ее интересах, эмоциональном, осознанном отношении к окружающему и к собственной деятельности.

Одной из тенденций развития является обобщение отношений личности: в процессе ее формирования в ходе онтогенеза интегральной индивидуальности происходит постепенное устранение рассогласований между свойствами разных уров-

ней, человек становится более цельным, интегрированным. Можно сказать, что индивидуальность как продукт развития, сформировавшись, сама становится объективным фактором дальнейшего хода жизни и развития.

Важнейшим фактором развития являются общие способности или одаренность. Наличие противоречий между возможностями, потенциалами, способностями человека и его интересами, отношениями, направленностями (т. е. между потенциями и тенденциями) выступает как необходимый фактор и движущая сила развития индивидуальности. Пути и способы разрешения противоречий могут быть различными: формирование индивидуального стиля, снижение уровня притязаний, возникновение новых интересов, отношений, развитие и совершенствование свойств индивидуума.

Психическое развитие человека характеризуется наличием сенситивных и критических периодов. Под *сенситивными периодами* развития понимают периоды наибольшей чувствительности функций, готовности к разным видам деятельности. Так, например, периодом, сенситивным для обучения языку, является 2–3-летний возраст. *Критические периоды* характеризуются, с одной стороны, снижением многих показателей, захватывающих разные уровни индивидуальности. К такого рода критическим периодам относится, например, возраст 18 лет, когда отмечается снижение функций внимания, памяти, мышления, с последующим их повышением у 19–20-летних. С другой стороны, критические периоды в развитии характеризуются появлением рассогласований, противоречий, что ведет к возникновению новых продуктивных тенденций развития. Возрастные кризисы представляют собой переходные фазы от одного возрастного периода к другому, своеобразные переломные моменты человеческого развития, в недрах которых зреет качественный скачок, переход на новый уровень развития.

В современных периодизациях возрастного развития используют различные принципы. Имеются периодизации, опирающиеся на биологические характеристики возраста, рассматривающие жизненный цикл как ряд последовательно сменяющих друг друга стадий становления индивида; и принцип, опирающийся на социальные характеристики становления личности. Наиболее разработанными являются периодизации, опирающиеся на биологические признаки. Так, например, Нагорный, Никитин, Буланкин опираются в своей периодизации на учет показателей скорости роста, дифференцировки тканей и органов, изменения напряженности и характера обмена веществ, учет изменений в молекулярной биологии клеток и межклеточного вещества. Бунак выделяет морфологические признаки периодизации. Часто понятие возраста редуцируется до его биологических характеристик (зубной возраст, костный и т. д.).

Имеется целый ряд периодизаций, опирающихся на социальные характеристики, например по тем учреждениям, где ребенок социализируется (ясельный возраст, дошкольное, школьное детство и т. д.). Кон пишет, что возрастные свойства — это место личности человека в социальной структуре.

Наиболее полная с точки зрения психологии периодизация Бромлей опирается на анализ изменений психологических и социальных характеристик, смену способов ориентации, поведения и коммуникации во внешней среде. Человеческая жизнь в этой периодизации рассматривается как совокупность пяти циклов:

утробного, детства, юности, взрослости и старения. Каждый из циклов состоит из ряда стадий. Первый цикл состоит из 4 стадий до момента рождения (зиготы, эмбриона, плода, момента рождения). Второй цикл — детство — состоит из трех стадий: младенчество, дошкольное детство и ранее школьное детство и охватывает 11–13 лет жизни. Цикл юности состоит из двух стадий: стадии полового созревания, или подросткового возраста (11–13–15 лет), и поздней юности (16–21). Цикл взрослости состоит из четырех стадий: ранняя взрослость (21–25 лет); средняя взрослость (26–40 лет); поздняя взрослость (41–55 лет), предпенсионный возраст (56–65 лет). Цикл старения состоит из 3 стадий: удаление от дел (66–70 лет), старость (71–90 лет); дряхлость — после 90 лет. Необходимо учитывать при этом, что скорость возрастного развития, созревания и старения характеризуется очень большой индивидуальной вариативностью.

Охарактеризуем кратко основные показатели развития человека в наиболее сложные критические периоды его онтогенеза. При описании этих критических точек онтогенеза попытаемся выделить биологические, физиологические, психологические показатели развития.

Первая постнатальная стадия развития начинается с момента перерезки пуповины и характеризуется рядом качественных изменений: ребенок впервые соприкасается с условиями внешней среды, атмосферными влияниями. Резко меняются условия поступления кислорода и питательных веществ, начинается легочное дыхание; устанавливается постоянное кровообращение, начинается внешняя секреция пищеварительных желез; изменяются морфологические и физико-химические особенности крови; изменяется обмен энергии, повышается основной обмен; наступают сдвиги активности внутриклеточных ферментов. Этот период является чрезвычайно важным для всего последующего развития.

Возрастной кризис *первого года жизни* характеризуется следующими изменениями в развитии: начинают образовываться швы между костями свода черепа, прорезываются первые коренные зубы; начинается снижение константы скорости роста с 1,3 до 0,67; уровень основного обмена достигает максимальных значений и после года начинает плавно снижаться до 13 лет, организм достигает определенной физиологической зрелости, гормоны, ферменты и антитела в достаточной степени продуцируются организмом; происходят реализация и закрепление позы стояния, овладение ходьбой, что означает свободное овладение пространством. К этому периоду относится начало интенсивного развития речи — к году словарный запас ребенка составляет примерно 8 слов, происходит формирование 2-й сигнальной системы; наступает сенсомоторная стадия развития интеллекта. В начале 2-го года жизни ребенок перестает покорно подчиняться взрослому, становится способным действовать не только под влиянием непосредственных впечатлений, но и под влиянием представлений, все большую роль начинает играть память. Ребенок освобождается от скованности данной конкретной ситуацией и становится субъектом. Значимые сдвиги происходят почти на всех уровнях индивидуальности, и как организм, и как субъект ребенок приобретает относительную автономию от взрослого.

В *3 года* начинается кризис противопоставления, а затем подражания, становление самосознания, возникновение «системы Я», резко возрастает потребность

в общении со сверстниками. Не случайно в этот период большинство детей начинают посещать детские учреждения. Существенно важным является развитие психомоторной сферы: становление бега и прыжка, увеличение скорости реакций.

В *7-летнем возрасте* возникают центры окостенения в эпифизах пястных и основных фаланг, начинается смена молочных зубов постоянными. Происходят сдвиги в сердечно-сосудистой системе: частота пульса снижается до 85–88 уд/мин. Острота зрения достигает взрослых норм, происходит становление константы восприятия. Формируется физиологическая готовность к новому виду деятельности — учению. У ребенка появляется осознание своего социального Я, появляется новый уровень самосознания, впервые происходит осознаваемое самим ребенком расхождение между его объективным общественным положением и его внутренней позицией, перестает удовлетворять прежний образ жизни. Он хочет занять позицию школьника, стремится занять новое, более «взрослое» положение в жизни. Возникает устойчивая иерархическая структура мотивов, которая превращает ребенка из существа ситуативного в существо, обладающее внутренним единством и организованностью. Формируется действительно дифференцированная самооценка. Ребенок способен осознавать и самого себя, и то положение, которое он занимает в жизни.

11–13 лет — период полового созревания и так называемого подросткового кризиса, одного из самых острых кризисов развития. В это время происходит слияние зон окостенения лобковой и седалищной костей, заканчивается смена молочных зубов постоянными. Константа скорости роста начиная с 12 лет увеличивается с 0,67 до 1,55 и сохраняется на этом уровне до 19–20 лет, т. е. имеет место ростовой скачок. Интенсивность основного обмена начиная с 13 лет увеличивается. Происходит формирование вторичных половых признаков. Поле зрения достигает норм взрослого человека, память также достигает уровня взрослого. Функция внимания характеризуется увеличением всех показателей объема, переключения, избирательности, устойчивости. Складывается система формальных операций и логических структур. Поведение ориентировано на взрослые нормы, возникает способность ориентироваться на цели, выходящие за пределы сегодняшнего дня, способность к целеполаганию.

Процесс развития личности подростка характеризуется двумя противоположными тенденциями: с одной стороны, усиливается ориентация на группу сверстников, устанавливаются все более тесные межиндивидуальные контакты, с другой — происходит рост самостоятельности, стремления к эмансипации от влияния взрослых, усложнение внутреннего мира и формирование личностных свойств.

Начало периода взрослости (*19–20 лет*) характеризуется завершением главной фазы биологического развития, завершением роста: константа скорости роста снижается с 1,553 до 0,619 с 19 до 23 лет, затем рост прекращается. Заканчивается формирование скелета, происходит синостозирование затылочно-основного синхондроза, что является морфологическим признаком зрелости. Масса тела начинает увеличиваться на фоне прекратившегося роста. Интенсивность основного обмена после 20 лет уменьшается на 0,12 ед. в год (от года до 20 лет уменьшалась на 0,7 ед. в год). Таким образом, возраст 20 лет является пиком общесома-



Б. Г. Ананьев

тического развития. Вес желез внутренней секреции интенсивно увеличивается до 20 лет, после 20 лет прирост их веса начинает значительно уменьшаться. Систолическое артериальное давление достигает уровня взрослой нормы — 118–120 мм рт. ст. Пик всех видов чувствительности наблюдается также в 20 лет. Вместе с тем пик психофизиологических, психических и интеллектуальных функций отмечен Ананьевым и его сотрудниками в 19 лет, когда имеется фронтальное повышение функционального уровня психомоторных характеристик, внимания, памяти, мышления, пик динамичности возбудительного и тормозного процессов. К 21 году происходит завершение формирования высших эмоций: эстетических, этических, интеллектуальных и самосознания. Бромлей, описывая динамику социальных характеристик, отмечает в этом возрасте появление собственной семьи, уход из родительского дома, рождение первого ребенка, освоение профессиональных ролей, установление круга знакомых, связанных с работой. Личностное развитие в этот период тесно связано с профессиональными и семейными ролями, и его можно охарактеризовать следующим образом. Ранняя взрослость — это период «вхождения» в профессию, социально-профессиональная адаптация, осознание гражданских прав и обязанностей, социальной ответственности; образование семьи, налаживание внутрисемейных отношений, решение бытовых и бюджетных проблем, выработка стиля воспитания детей.

32–34 года — это возраст максимальных достижений по показателям физического развития: силы, роста и веса, жизненной емкости легких, оптимальных характеристик некоторых психофизиологических и психологических показателей: динамичность торможения имеет оптимум в 33 года, оптимум объема, избирательности и устойчивости внимания. Один из пиков интеллектуального развития приходится на возраст 35 лет, пик невербального интеллекта приходится на возраст 33 года, после чего начинается снижение его уровня. Существенно повышается стабильность функционирования организма. На этот возраст приходится нормативный кризис 30–33 лет, обусловленный рассогласованием между жизненными планами человека и реальными возможностями.

Человек отсеивает незначимое, пересматривает систему ценностей. Нежелание идти на пересмотр системы ценностей приводит к росту внутриличностных противоречий.

Стабильный период *33–40 лет* характеризуется тем, что в этом возрасте человек делает наиболее успешно то, что хочет. Он имеет цели, которые ставит, и добивается их достижения. Человек показывает грамотность, компетентность в избранной профессии и требует признания.

Возраст *40–45 лет* для многих является кризисным, его называют кризисом середины жизни. Характерными являются морфологические и физиологические изменения: происходит стирание и выпадение зубов, облитерация черепных швов, начинается менопауза, происходит снижение мышечной силы и жизненной емкости легких, снижается скорость движений. Отмечается снижение некоторых психических функций, таких как функция внимания и мышления. Для этого возраста характерно установление специальных и социальных ролей, ослабление внутрисемейных связей в связи с уходом из семьи выросших детей. Происходит усиление противоречий между целостностью мировоззрения и однолинейностью развития. Человек теряет смысл жизни. Для выхода из кризиса необходимо обрести новый смысл — в общечеловеческих ценностях, в развитии интереса к будущему, к новым поколениям. Если же человек продолжает сосредоточивать силы на себе, своих потребностях, это ведет его к уходу в болезнь, к новым кризисам.

Период *от 45 до 50 лет* является стабильным, человек достигает реальной зрелости, он хорошо уравновешивает потребности для себя и для других, обнаруживает сострадание и согласие с другими людьми. Для многих этот период является периодом лидерства и квалифицированности.

Трудности, сопутствующие определенным этапам жизни, преодолеваются желанием самого человека развиваться, становиться более зрелым и ответственным. Зрелая личность в ходе развития все более самостоятельно выбирает или изменяет внешнюю ситуацию своего развития и благодаря этому изменяет и себя. Процесс развития личности во многом зависит от уровня социальной активности и степени продуктивности самой личности.

Существенные качественные изменения показателей развития происходят в начальном периоде старения, временны́е границы этого периода приходятся на возраст *от 55 до 65 лет*. После 50 лет начинается уменьшение длины и массы тела. С 55 лет происходит почти полное заращение всех швов на черепе, за исключением чешуйчатого, кости черепа истончаются, выпадение зубов приводит к атрофии альвеолярных отростков. Детородная функция прекращается, после детородного периода затухает самообновление протоплазмы. С 60 лет начинает снижаться вес желез внутренней секреции (околощитовидных, гипофиза, надпочечников). Вес половых желез начинает уменьшаться несколько раньше. Происходит снижение уровня основного обмена с 24 до 17–20 ккал/кг. Окислительные процессы в лимфоцитах крови в 59 лет почти достигают уровня 20–29-летних людей и начинают прогрессивно снижаться. После 60 лет снижается уровень РНК в крови, который начиная с 20 лет был стабилизирован. В 55 лет резко снижается амплитуда аккомодации, что ведет к снижению остроты зрения, аккомодация в эти годы достигает своего низшего уровня, затем стабилизируется. Начиная с 50 лет снижается различительная чувствительность глаза, увеличивается нижний порог светоощущения. Происходит повышение пороговых величин по всем четырем видам вкусовой чувствительности. Реакция вестибулярного аппарата крайне слабая или вообще отсутствует. Порог вибрационной чувствительности повышается от 17–20 до 35 (амплитуда вибрации при частоте 100 Гц). Время простой реакции на звук увеличивается начиная с 60 лет. Увеличение времени реакции Биррен считает наиболее общим и универсальным признаком старения. Снижаются зрительно-кинестетические координации. Вербально-логические функции, кото-

рые до 50 лет возрастали, к 60 годам начинают снижаться. Сохранность интеллекта в этом возрасте во многом определяется характером деятельности и степенью активности самого человека. Так, у инженеров наиболее сохранными оказываются невербальные подструктуры интеллекта, у бухгалтеров — математические, у ученых — вербальные. Вместе с тем этот возраст является годами пик для социальных достижений, положения в обществе, власти и авторитета. Происходит изменение всей мотивации в связи с подготовкой к пенсионному возрасту жизни.

Следующий этап в развитии человека связан со *старением и старостью*. В периодизации геронтогенеза выделяют три градации: пожилой возраст для мужчин — 60–74 года, для женщин — 55–74 года; старческий возраст — 75–90 лет; долгожители — 90 лет и старше. В процессе старения происходит снижение интенсивности обменных процессов, уменьшается способность клеток осуществлять окислительно-восстановительные процессы. В ЦНС происходит ослабление возбудительного и тормозного процессов. Гетерохронный характер носит снижение разных видов чувствительности: слуховая чувствительность в наибольшей мере снижается в высокочастотном диапазоне, в меньшей мере в области средних частот — частот человеческой речи и низких частот (шумы, шорохи). Цветоразличительная чувствительность быстрее снижается в области красного и синего цветов и медленнее — в области желтого и зеленого. Глазомерная функция и поле зрения отличаются высокой сохранностью вплоть до 70 лет. Страдает функция памяти, особенно механической. Лучше всего сохраняется логическая вербальная память. Характерно повышение чувствительности к нарушениям жизненного стереотипа, повышение потребности в коммуникации, обострение чувства родства и привязанности к близким людям. Человек адаптируется к новым условиям жизни без постоянных и напряженных занятий, к растущей социальной изоляции, сокращению круга сверстников. В позднем онтогенезе усиливается роль личности, ее социального статуса и включенности в систему общественных связей в сохранении трудоспособности человека.

Половой диморфизм. Половой диморфизм охватывает как самые ранние, так и самые поздние периоды человеческой жизни, не ограничиваясь периодами половозрелости и полового созревания. Можно сказать, что он относится к постоянным характеристикам онтогенетической эволюции человека. Половая дифференциация охватывает все уровни психологической структуры человека, определяя своеобразие регулирования как внутренней среды организма, так и взаимодействие с внешним миром. В своей теории асинхронной эволюции полов генетик Геодакян исходит из положения о том, что женский пол сохраняет в своей генетической памяти все наиболее ценные приобретения эволюции и его цель — не допустить их изменений, а мужской пол, напротив, — легко теряет старое и приобретает новое. То есть женский пол ориентирован на выживаемость, а мужской — на прогресс. Поэтому разброс врожденных признаков у лиц мужского пола значительно больше, при этом у них больше и полезных и вредных мутаций. Известна меньшая жизнеспособность плодов мужского пола, у мальчиков также чаще встречаются отклонения в развитии, такие как заикание, дислексия, алалия, задержки психического развития. Таким образом, по характеристикам генотипа мужчины имеют значительно большее разнообразие. Женщины же обладают большей пла-

стичностью, изменчивостью под влиянием внешних условий среды, они могут приспосабливаться к быстро изменившимся условиям за счет фенотипической изменчивости, сохраняя весь набор наследственной информации — генотип, чего не могут сделать мужчины. В соответствии с этим женский организм характеризуется большей стабильностью в ситуациях стрессовых воздействий, психофизиологические функции легче восстанавливаются у женщин. Женский организм несет большие резервы, позволяющие более стойко переносить неблагоприятные воздействия. С этим связана и большая продолжительность жизни женщин. Психологические различия проявляются по многим показателям. Исследования Ананьева показали, что эти различия прослеживаются на разных уровнях индивидуальности. В психомоторных показателях мужчин отличает большее развитие мышечной силы, в то время как у женщин отмечена лучшая способность к тонкодвигательным координациям пальцев рук. Нейродинамические исследования выявили более высокую силу и динамичность процесса возбуждения и меньшую лабильность нервных процессов у женщин. Что касается процессов восприятия эмоций, то женщины более внимательны к эмоциональным признакам, делают меньше ошибок в эмоциональных суждениях. Словесные портреты, созданные женщинами, отличаются полнотой и дифференцированностью. По уровню интеллекта большинство исследователей не получили достоверных различий между мужчинами и женщинами, но обнаружили существенные половые различия в структуре интеллекта. У женщин преобладают показатели вербальной составляющей: больше словарный запас, лучше осведомленность о разных сторонах жизни. У мужчин лучше развиты невербальные подструктуры интеллекта: пространственное мышление, скорость выработки зрительно-моторного навыка, конструктивные способности.

При анализе способностей по тестам и творческим проявлениям в жизни психологи не нашли достоверных различий и выдвинули гипотезу о том, что творческому успеху женщин мешает излишняя концентрация на межличностных отношениях. Изучение личностных особенностей показало, что тревожность и нейротизм у женщин выше, но у них и способность подавлять тревогу развита лучше. Поведение в ситуациях фрустрации выявило у мужчин преобладание внешнеобвинительных реакций с тенденцией к самозащите, а у женщин — безобвинительных реакций.

При изучении половой дифференциации у человека нельзя не учитывать такие факторы, как половое разделение труда, полоролевые стереотипы поведения, принятые в данном обществе.

Существуют определенные нормативные представления о мужском и женском образе — маскулинном и фемининном. На основе этого было сконструировано несколько специальных шкал для измерения фемининности (Ф) — маскулинности (М). Сравнение показателей одного и того же индивида по шкалам М и Ф позволяет вычислить степень его психологической андрогении. Андрогенными считаются индивиды, обладающие одновременно фемининными и маскулинными чертами, что позволяет им менее жестко придерживаться полоролевых норм, свободнее переходить «от женских» занятий к «мужским», иметь более богатый репертуар поведенческих реакций.

Конституциональные и нейродинамические свойства индивида

Конституция и психические особенности. Связь между конституциональными особенностями и психикой человека была подмечена еще Гиппократом, который описал два резко отличающихся типа людей: *habitus apoplecticus* — плотный, мускульный, сильный и *habitus phitisicus* — тонкий, изящный, слабый. В настоящее время насчитывается более 20 классификаций типов телосложения. Понятие конституции шире, чем тип телосложения. Под общей конституцией понимают совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных наследственно и определяющих специфику реакций организма на воздействие среды. Помимо общей конституции выделяют два класса частных: морфологические и функциональные. Морфологические конституции представлены хромосомной и телесной; функциональные — биохимической, физиологической, нейродинамической. Наиболее изучены в психологии соотношения между телесной, физиологической, нейродинамической структурами и психическими особенностями человека.

В современных исследованиях конституциональная структура телосложения рассматривается как соединение гуморально-эндокринных и метаболических характеристик с более точным комплексным определением параметров морфологической структуры человеческого тела. При этом важен учет места телесной конституции в целостной индивидной организации, что позволяет избежать упрощенных представлений о взаимосвязи телосложения с психическими особенностями развития человека, в первую очередь с темпераментом. К числу наиболее известных классификаций типов телосложений относятся описанные Кречмером и Шелдоном. Кречмера как психиатра и психолога интересовала проблема предрасположенности людей к различного типа психозам. Сопоставляя особенности телосложения и вид психического расстройства своих пациентов, Кречмер выделил 3 типа конституции, каждому из которых соответствуют определенные черты темперамента и предрасположенность к конкретным видам психических расстройств (табл. 5).

Кречмером был выделен еще один тип телосложения — диспластический, но для него не удалось выявить соответствующего темперамента.

Связь между телосложением и темпераментом Кречмер объяснял особенностями химического состава крови и гормональных систем. Его учение оказало сильное влияние на развитие дифференциальной психиатрии и психологии.

К числу наиболее известных сегодня конституциональных типологий относится типология Шелдона. Разрабатывая типологию, он шел не от клиники, а от нормы. В основе его типологии лежат не дискретные признаки, а непрерывно распределенные компоненты телосложения. Шелдон выделил 3 компоненты телосложения, назвав их по имени зародышевых листков, из которых они развивались: эндоморфный (из него развиваются кости, мышцы, сердце, кровеносные сосуды); мезоморфный (из него развиваются внутренние органы); эктоморфный (из него развиваются нервная система, мозг, рецепторный аппарат). Представителей каждого типа характеризуют определенные особенности телосложения. Эндоморф

Таблица 5. Соотношение типов телосложения и темперамента по Кречмеру

Тип телосложения	Тип темперамента	При расстройствах психики предраспо-ложенность к:
Лептосоматический (астенический): хрупкое телосложение, высокий рост, плоская грудная клетка, вытянутое лицо	Шизотимический: замкнутость, упрямство, ригидность установок, сложность в приспособлении к среде, склонность к абстракции	Шизофрении
Пикнический: тучность, значительные жировые отложения, малый или средний рост, большой живот, округлая голова на короткой шее	Циклотимический: общительный, добродушный, подвержен колебаниям эмоций от радости и веселья до печали	Маниакально–депрессивному психозу
Атлетический: крепкое тело, хорошо развитая мускулатура, высокий или средний рост, широкие плечи, выпуклые лицевые кости	Иксотимический: спокойный, сдержанный в мимике и жестах, маловпечатлительный, ригидное мышление, трудно приспосабливается к перемене обстановки	Эпилепсии

внешне похож на пикника, его характеризует округлость тела, наличие отложений жира на бедрах и плечах, вялость и неразвитость конечностей. Мезоморф, также как и атлет, характеризуется широкими плечами и грудной клеткой, хорошим развитием мускулатуры, незначительным количеством жира. Наконец, эктоморф похож на астеника, для него характерны длинные руки и ноги, неразвитая мускулатура, вытянутое лицо с высоким лбом, хорошо развитая нервная система.

Шелдон ввел количественную оценку (7-балльную) каждого компонента телосложения, что позволило объективировать и точно оценить тип телосложения. Он провел сопоставление типов телосложения и способов действия, которые выбирают индивиды, получив при этом высокую корреляцию (порядка 0,80) между компонентами соматотипа и темперамента (табл. 6). Некоторые из выводов Шелдона нашли свое подтверждение в более поздних исследованиях.

Однако конституциональный подход был подвергнут справедливой критике за то, что в нем игнорируются социальные условия формирования психических свойств человека, за необоснованное соотнесение личностных черт с признаками темперамента, обусловленными конституцией. Например, попытка объяснения некоторых мировоззренческих черт, отношения к людям как наследственных, обусловленных типом телосложения. Указывается также на необоснованность

Таблица 6. Соотношение соматотипа и темперамента по Шелдону

Соматотип		
Эндоморфия	Мезоморфия	Эктоморфия
Тип темперамента		
Висцеротония	Соматотония	Церебротония
Преобладание дружелюбия, жажда похвалы, любовь к комфорту, приветливость, расслабленность в осанке и движениях, легкость в выражении чувств, тяга к людям в трудную минуту, мягкость при опьянении	Уверенность в осанке и движениях, любовь к приключениям, скрытность в чувствах и эмоциях, тяга к действиям в тяжелую минуту, агрессивность и настойчивость при опьянении	Скованность в осанке, необщительность, социальная заторможенность, скрытность, тяга к одиночеству в трудную минуту, ориентация к поздним периодам жизни, устойчивость к действию алкоголя

утверждения о том, что здоровые люди носят в себе зародыш психического заболевания.

Конституциональный подход, активно заявивший о себе в 20–40-е гг. XX в., установивший взаимосвязи психических свойств и телесной организации человека, не смог тем не менее объяснить механизмы этих связей. Для этого, по-видимому, необходимо привлечь свойства других уровней и другие генотипические обоснования, в частности нейродинамические.

Нейродинамические свойства человека. Нейродинамические свойства включаются в структуру индивидных характеристик человека, их основу составляют основные свойства нервной системы.

Свойствами нервной системы называются природные врожденные особенности нервной системы, влияющие на формирование индивидуальных особенностей поведения и некоторых индивидуальных различий способностей и характера человека (Теплов). В данном случае речь идет о степени выраженности, особенностях протекания процессов возбуждения и торможения, т. е. о типологических особенностях нервной системы.

Типологические особенности нервной системы характеризуются устойчивостью проявления в состоянии покоя, а это означает, что они характеризуют человека на протяжении длительных периодов, а иногда и всей жизни. Постоянство проявления типологических особенностей объясняется их генетической обусловленностью. Доказательства этому были получены благодаря использованию близнецового метода. Сопоставление степени сходства проявления свойств нервной системы у моно- и дизиготных пар методом корреляционного анализа показало по многим свойствам большую тесноту связей у монозиготных пар (коэффициен-

ты корреляции по некоторым признакам достигали 0,90 и более). Исходя из этого, Равич-Щербо сделала вывод о том, что в проявлении свойств нервной системы генотипические факторы играют решающую роль. Вопрос о влиянии условий жизни, воспитания и тренировки на проявление свойств нервной системы остается открытым до сих пор.

Вопрос о существовании индивидуально-типологических свойств нервной системы впервые в физиологии был поставлен Павловым. Наблюдая поведение собак, переживших затопление во время наводнения, он обнаружил, что у одних животных сохранились выработанные ранее условные рефлексы, у других — после перенесенного стресса разрушились и у них появились признаки невроза. Животных, благополучно перенесших стресс, он определил как обладающих сильной нервной системой, других считал обладателями слабой нервной системы. Для слабого типа, как писал Павлов, «прямо невыносима как индивидуальная, так и социальная жизнь с ее наиболее резкими кризисами». Им были открыты также такие свойства нервной системы, как подвижность нервных процессов и их уравновешенность, т. е. баланс возбуждения и торможения. В последующие годы было открыто существование и других свойств нервной системы и предпринята попытка определения структуры их соотношения. Так, Небылицын исходил из того, что имеются 4 первичных свойства нервной системы: сила, подвижность, динамичность и лабильность. Эти свойства характеризуют как возбуждение, так и торможение. Соотношение возбуждения и торможения этих основных свойств дает возможность говорить о четырех вторичных свойствах: балансу по силе, балансу по подвижности, балансу по динамичности, балансу по лабильности. Согласно этой точке зрения, существует 8 первичных свойств (учитывая проявления каждого из них по возбуждению и торможению) и 4 вторичных — всего 12 свойств нервной системы. Однако эта схема не является достаточно доказанной и работающей, ее применение на практике встречает целый ряд трудностей. Дискуссионными остаются вопросы о наличии силы нервной системы по отношению к торможению, вызывает вопрос рассмотрение лабильности отдельно по отношению к возбуждению и торможению, так как, вероятнее всего, она является сочетанием протекания того и другого. Не находит достаточного подтверждения существование динамичности как скорости и легкости генерации возбуждения и торможения при формировании временны́х связей.

Конкретные механизмы проявления типологических особенностей нервной системы до сих пор остаются не до конца понятными. В последние годы получены экспериментальные данные, указывающие на роль гормональной регуляции в проявлении основных свойств нервной системы, в частности адреналина, АКТГ, кортизола (Ильин). В настоящее время наиболее изученными являются: сила нервной системы, ее подвижность и лабильность.

Сила нервной системы определялась Павловым как способность переносить сверхсильные раздражители и понималась как выносливость нервной системы. Впоследствии была установлена обратная связь силы нервной системы и чувствительности, т. е. индивиды, обладающие сильной нервной системой, характеризуются низким уровнем чувствительности анализаторов, и, наоборот, для слабой нервной системы характерной является высокая чувствительность. Сила

нервной системы стала определяться по уровню активации ЭЭГ и рассматриваться как активированность нервной системы, чувствительность при этом является вторичной характеристикой, зависящей от уровня активации нервной системы в покое. Как влияет сила нервной системы на поведение, деятельность человека? Представители сильного и слабого типов нервной системы различаются по показателям выносливости и чувствительности. Для человека с *сильной нервной системой* характерными являются высокая работоспособность, малая подверженность утомлению, способность в течение длительного промежутка времени помнить и заботиться о выполнении нескольких видов заданий одновременно, т. е. хорошо распределять свое внимание. В ситуациях напряженной деятельности, повышенной ответственности наблюдается улучшение эффективности деятельности. Более того, в условиях обычной, повседневной деятельности у них развивается состояние монотонии, скуки, что снижает эффективность работы, поэтому лучших своих результатов они добиваются, как правило, в условиях повышенной мотивации. Совсем по-другому характеризуется поведение человека со *слабой нервной системой*. Для него характерна быстрая утомляемость, необходимость в дополнительных перерывах для отдыха, резкое снижение продуктивности работы на фоне отвлекающих факторов и помех, неспособность распределить внимание между несколькими делами одновременно. В ситуациях напряженной деятельности снижается эффективность работы, возникает тревога, неуверенность. Особенно ярко это проявляется в ситуациях публичного общения. Для слабой нервной системы характерна высокая устойчивость к монотонии, поэтому представители слабого типа добиваются лучших результатов в условиях повседневной, привычной деятельности.

Подвижность нервной системы — это свойство впервые было выделено Павловым в 1932 г. В дальнейшем оно оказалось очень многозначным и было разделено на два самостоятельных свойства: подвижность и лабильность нервной системы (Теплов). Подвижность нервной системы понимается как легкость переделки сигнального значения раздражителей (положительного на отрицательный и наоборот). Основой этого являются наличие следовых процессов и их длительность. В эксперименте при определении подвижности испытуемому предъявляют чередующиеся в случайном порядке стимулы положительные (требующие ответной реакции), отрицательные (тормозные, требующие затормозить ответную реакцию) и нейтральные. Скорость реагирования зависит от того, как долго следы от предшествующей реакции сохраняются и оказывают влияние на последующие реакции. Таким образом, чем больше стимулов сможет безошибочно обработать человек в этих условиях, тем выше подвижность его нервной системы. Жизненными проявлениями подвижности нервной системы являются легкость включения в работу после перерыва или в начале деятельности (врабатываемость), легкость переделки стереотипов, такой человек легко переходит от одного способа выполнения деятельности к другому, разнообразит приемы и способы работы, причем это касается как двигательной, так и интеллектуальной деятельности, отмечается легкость в установлении контактов с разными людьми. Инертные характеризуются противоположными проявлениями.

Лабильность нервной системы — быстрота возникновения и исчезновения нервного процесса. В основе этой скоростной характеристики деятельности нервной системы лежит усвоение ритма приходящих к тканям импульсов. Чем бóльшую частоту способна воспроизвести та или иная система в своем реагировании, тем выше ее лабильность (Введенский). Показателями лабильности являются КЧСМ (критическая частота слияния мельканий), а также ЭЭГ-показатели (латентный период и длительность депрессии *L*-ритма после предъявления раздражителя). Одним из важнейших жизненных проявлений является скорость переработки информации, лабильность эмоциональной сферы. Лабильность положительно влияет на учебную успешность и успешность интеллектуальной деятельности.

Можно ли рассматривать одни типологические особенности как «хорошие», облегчающие адаптацию, а другие как «плохие», затрудняющие ее, как это делал в свое время Павлов? Современные данные, полученные психофизиологами, психологами и клиницистами, свидетельствуют о том, что каждое из свойств нервной системы имеет как отрицательные, так и положительные стороны. Так, например, положительной стороной слабой нервной системы является ее высокая чувствительность, высокая устойчивость к монотонии, более высокое проявление скоростных качеств. Положительными сторонами инертности нервных процессов являются установление более прочных условно-рефлекторных связей, лучшая произвольная память, бóльшая глубина проникновения в изучаемый материал, бóльшая терпеливость к испытываемым затруднениям. Таким образом, типологические особенности определяют не столько *степень* приспособления человека к среде, сколько различные *способы* адаптации. Особенно ярко это проявляется в формировании индивидуального стиля деятельности. *Стиль деятельности* — это система приемов выполнения деятельности. Проявление стиля деятельности многообразно — это и приемы организации психической деятельности, и практические способы действий, и особенности реакций и психических процессов. «Под индивидуальным стилем следовало бы понимать всю систему отличительных признаков деятельности данного человека, обусловленных особенностями его личности» (Климов). Индивидуальный стиль вырабатывается в течение жизни и выполняет компенсаторную приспособительную функцию. Так, представители слабого типа нервной системы быструю утомляемость компенсируют частыми перерывами для отдыха, предварительным планированием и регулярностью деятельности, отвлекаемость внимания — усиленным контролем и проверкой работ после их выполнения. Предварительная тщательная подготовка дает возможность уменьшить нервно-психическое напряжение, возникающее в ответственные моменты деятельности.

Типологические свойства нервной системы являются основой формирования темперамента, способностей человека, влияют на развитие ряда личностных черт (например, волевых), их необходимо учитывать в профессиональном отборе и профориентации. В исследованиях, проведенных на операторах энергосистем, было показано, что психические качества, позволяющие справляться с работой в аварийной ситуации, больше выражены у лиц с сильной нервной системой. В связи с этим было введено понятие «оперативной надежности человека», базирующееся на типологических особенностях свойств нервной системы.

Темперамент

Понятие «темперамент» означает смешение частей, относится к природно обусловленным подструктурам личности. Когда говорят о темпераменте, то имеют в виду индивидуально-психологические свойства человека, определяющие формально-динамические особенности его деятельности, такие как интенсивность (энергетический аспект поведения) и время (темпоральный аспект поведения). Таким образом, темперамент характеризует динамические особенности протекания психических процессов и состояний, т. е. темп, ритм, быстроту, силу. Важнейшими критериями выделения свойств темперамента являются наследуемость, проявление в раннем детстве, устойчивость проявления их в разных ситуациях, проявление их как у животных, так и у человека. Теорий, объясняющих механизмы темперамента, насчитывается очень много, но все их можно условно разделить на 3 группы: гуморально-эндокринные, конституциональные, нейродинамические.

Гуморально-эндокринная теория берет свое начало от Гиппократа, который пришел к заключению, что в организме смешиваются четыре влаги, или сока: кровь — теплое начало; слизь — холодное начало; черная желчь — влажное начало и желтая желчь — сухое начало. В зависимости от преобладания какого-либо начала складываются и особенности человека. Спустя 5 веков Гален описал типологию темпераментов, названия которых берутся от греко-латинских корней: флегматик («флегма» — слизь); холерик («хойле» — желчь); меланхолик («мелане хойле» — черная желчь) и сангвиник (*sangis* — кровь). Эти названия темпераментов сохранились и в современном языке.

Конституциональные теории темпераментов разрабатывали Кречмер и Шелдон.

Основоположником нейродинамической теории темперамента, объясняющей его с позиций функциональной типологии высшей нервной деятельности, был Павлов. Он выделил 3 основных свойства нервной системы: силу, подвижность и уравновешенность процессов возбуждения и торможения. Он считал, что сочетание этих свойств определяет тип высшей нервной деятельности и темперамент как проявление этого типа в поведении (табл. 7). Попытки применения теории типов нервной системы, разработанной Павловым, к изучению человека принадлежат его ученикам Красногорскому и Иванову-Смоленскому. Заслуга дальнейшей разработки типологии ВНД применительно к темпераменту принадлежит психологам Теплову, его ученикам и последователям Небылицыну, Русалову. Важнейшим их вкладом является изучение нейрофизиологических механизмов основных свойств темперамента: общей активности и эмоциональности.

В исследованиях Мерлина были установлены многочисленные многозначные связи между свойствами нервной системы и свойствами темперамента, что по существу означает, что одно и то же свойство темперамента может быть обусловлено несколькими свойствами нервной системы и одно и то же свойство нервной системы может влиять на несколько проявлений темперамента.

Современные концепции темперамента пытаются объединить 3 указанные выше группы теорий темперамента: гуморально-эндокринную, конституциональную и нейродинамическую. Так, в «специальной теории индивидуальности»

Таблица 7. Соотношение типов нервной системы и темперамента

Особенности нервных процессов			Тип нервной системы	Тип темперамента
сила	уравновешенность	подвижность		
Сильный	Уравновешенный	Подвижный	Живой	Сангвиник
Сильный	Неуравновешенный	Подвижный	Безудержный	Холерик
Сильный	Уравновешенный	Инертный	Инертный	Флегматик
Слабый	Неуравновешенный	Подвижный или инертный	Слабый	Меланхолик

Русалова в качестве механизма формирования темперамента предлагается рассматривать общую конституцию, определяя ее как многоуровневую, целостную характеристику, включающую биохимический, анатомо-морфологический и нейрофизиологический уровни. Какие бы теории ни укладывались в основу темперамента, большинство исследователей, как отечественных, так и зарубежных, определяют темперамент как устойчивую, врожденную, базовую характеристику, которая определяет разнообразие поведенческих проявлений. Кроме того, темперамент является первоосновой, определяющей индивидуальные особенности поведения с самых первых месяцев жизни и оказавшейся устойчивой на протяжении многих лет или всей жизни в целом. Факт устойчивости проявления черт темперамента подтвержден лонгитюдными исследованиями американских психологов Томаса и Чесс с сотрудниками, наблюдавшими проявления темперамента у одних и тех же детей в младенческом, 5- и 10-летнем возрасте, и другими исследованиями.

Свойства темперамента. В вопросе о том, какие проявления психики и поведения можно отнести к свойствам темперамента, до сих пор нет единой точки зрения. К числу свойств, наиболее часто включаемых в число темпераментных, многие авторы относят показатели эргичности (активности) и эмоциональности (Кант, Вундт, Небылицын и др.), в этот перечень Русалов добавляет темп и пластичность. При этом он полагает, что указанные четыре свойства необходимо рассматривать в зависимости от сферы, в которой эти свойства реализуются. Реализовываться они могут в двух сферах: предметной (при взаимодействии с физической, предметной средой в виде объектно-ориентированных стратегий) или социальной (в социальной сфере в виде субъектно-ориентированных, коммуникативных стратегий). Более широкий набор свойств темперамента представлен в концепции Мерлина. Он включает в число свойств темперамента следующие.

Сенситивность как свойство характеризует общий способ чувствительности. Об этом свойстве судят по тому, какова наименьшая сила внешних воздействий, необходимых для возникновения психической реакции человека.

Активность определяет, с какой степенью энергичности человек воздействует на внешний мир и преодолевает препятствия при осуществлении целей. Актив-

ность проявляется в целенаправленности и настойчивости в достижении целей, сосредоточенности в длительной работе и т. п. Континуум проявлений активности распределяется от вялости и пассивности до высоких степеней энергичности и подъема.

Реактивность (иногда это свойство называют импульсивностью). О реактивности судят по тому, какова степень непроизвольности реакций на внешние или внутренние воздействия (критическое замечание, угроза, резкий звук, обидное слово и др.).

Соотношение активности и реактивности. Это свойство проявляется в том, каково соотношение осознанного и неосознанного в регуляции поступков человека, от чего в большей степени зависит деятельность человека: от случайных внешних или внутренних обстоятельств (настроений, желаний) или от целей, обдуманных намерений, планов. В ряде исследований установлено обратное соотношение между реактивностью и активностью. То есть чем выше реактивность индивида, тем меньше его активность.

Темп реакций. О темпе реакций судят по скорости движений, темпу речи, находчивости, скорости запоминания и других скоростных показателях психики.

Пластичность — ригидность определяется тем, насколько легко и гибко приспосабливается человек к внешним воздействиям, изменяет приемы и способы действий, не снижая скорости, приспосабливается к новым условиям, или тем, что его поведение, привычки характеризуются косностью.

Экстраверсия — интроверсия. Этот термин, впервые введенный Юнгом, широко используется в концепции темпераментных свойств Айзенка. Этот параметр определяет, от чего преимущественно зависят реакции человека: от внешних впечатлений, возникающих в данный момент (экстраверт), или от образов, представлений, мыслей, связанных с прошлым и будущим (интроверт). Экстраверсия проявляется в стремлении к общению, открытости, направленности на внешний мир. Интроверсия проявляется противоположными качествами. В некоторых концепциях темперамента это свойство обозначается как социабельность.

Эмоциональная возбудимость выражает эмоциональную восприимчивость, эмоциональная чувствительность определяется тем, насколько слабое воздействие необходимо для возникновения эмоциональной реакции.

Эмоциональная лабильность определяет скорость, с которой возникает и прекращается эмоциональная реакция или состояние. От эмоциональной лабильности зависит, как быстро происходит смена одного переживания другим.

Для характеристики темперамента важно описание не отдельных его характеристик, а их сочетание.

Так, для *сангвиника* характерными являются высокая нервно-психическая активность, разнообразие и богатство мимики и движений, эмоциональность, впечатлительность и лабильность. Эмоциональные переживания сангвиника неглубоки, а его подвижность при отрицательных воспитательных воздействиях приводит к отсутствию должной сосредоточенности, к поспешности, а иногда и поверхностности.

Для *холерика* характерны высокий уровень нервно-психической активности и энергии действий; резкость и стремительность движений, сила, импульсивность и яркая выраженность эмоциональных переживаний.

Флегматик характеризуется низким уровнем активности поведения и трудностью переключения, медлительностью и спокойствием действий, мимики и речи; ровностью, постоянством и глубиной чувств и настроений. В случае неудачных воспитательных воздействий у флегматика могут развиться такие отрицательные черты, как вялость, бедность и слабость эмоций, склонность к выполнению одних лишь привычных действий.

Меланхолика характеризуют низкий уровень нервно-психической активности, сдержанность и приглушенность моторики и речи, значительная эмоциональная реактивность, глубина и устойчивость чувств при слабом их выражении. При неудачных воспитательных воздействиях — повышенная до болезненности эмоциональная ранимость, замкнутость и отчужденность, склонность к тяжелым внутренним переживаниям таких жизненных обстоятельств, которые этого не заслуживают.

Темперамент как основной фактор определяет систему предпочтений и специфику реакций человека, являясь основой для формирования в процессе воспитания и обучения индивидуальных черт характера, навыков, стилей деятельности. С этой позиции нельзя делить темпераменты на плохие и хорошие. Каждый из темпераментов представляет основу адаптивных возможностей человека, связанных с реализацией его биологических программ.

Характер

Если темперамент представляет собой биологический полюс интеграции психологических качеств личности, то характер является социальным полюсом интеграции личностных свойств. Характер часто определяют как «каркас», «конституцию» личности. Характер в буквальном переводе с греческого означает «чеканка», «зарубка», «отпечаток». Теофраст впервые предложил термин «характер» для обозначения комплекса признаков, отличающих одного человека от другого. Но не всякую индивидуальную особенность человека можно назвать чертой характера. Когда в психологии говорят о характере, то имеют в виду не формально-динамическую сторону психики, которая отражается в темпераменте, а содержательную. «Характер выражается в направленности личности, ее установках и значимых отношениях, которые регулируют и контролируют все проявления человека», — писал Рубинштейн. Таким образом, в анализе характера на первый план выступают отношения человека. Огромный вклад в изучение и понимание отношений человека внес Мясищев. Отношения он определял как сознательную избирательную, основанную на опыте психологическую связь человека с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношение Мясищев рассматривает как движущую силу личности, поскольку в отношениях к каждому объекту потенциально выражаются сознание, чувства и воля, что проявляется в интересах, эмоциональ-

ной оценке, в различной степени активности личности, ее влечениях, желаниях, потребностях. Ананьев, рассматривая генезис характера, полагает, что первыми возникают отношения личности к другим людям, которые, закрепляясь в жизнедеятельности, превращаются в наиболее общие и первичные коммуникативные черты характера. По мере становления и формирования предметной деятельности постепенно складываются предметно-действенные отношения и соответствующие им «деловые» черты характера. Принятие субъектом этих отношений в качестве личностно-значимых способствует формированию интеллектуальных черт и собственно «деловых», как, например, аккуратность, ответственность, трудолюбие. Позже других формируется система отношений личности к самой себе, на основе этих отношений формируются рефлексивные свойства характера (самоотношение и др.).

Характер — это система устойчивых отношений личности к миру, другим людям и самому себе, формирующаяся под влиянием условий жизни и воспитания и проявляющаяся в особенностях социального поведения. Из трех типов отношений личности: отношения человека к людям, к себе, к предметам внешнего мира, Мясищев выделял категорию отношения к людям, считая, что она является «решающей и определяющей и носит характер взаимоотношений». Ядром черты характера как формы реагирования личности в условиях социальных взаимоотношений является соотношение между социальными и индивидуальными ценностями. Это соотношение может быть разным, что и определяет моральную оценку черты характера или характера в целом. В случае если человек осознает себя как члена общества, для которого существуют определенные моральные нормы, имеют место нормальные видо-родовые отношения. При нарушении этих соотношений появляются отрицательно оцениваемые черты характера. Например, проявление лживости означает нарушение этих соотношений частного и общего в пользу частного. Может быть другой вариант, когда депририруются личные, частные интересы в пользу общественных, что ведет к нарушению индивидуальных потребностей.

Исходя из доминирующего способа отношений к себе и к другим людям, Братусь намечает 4 уровня в структуре личности.

I — эгоцентрический. Он определяется преимущественным стремлением лишь к собственному удобству, выгоде, престижу. Отношение к себе — как к самоценности, к другим — сугубо потребительское и определяется тем, помогает этот другой личному успеху или нет. Если помогает, то оценивается положительно, если нет — то отрицательно.

II — группоцентрический. Человек идентифицирует себя с какой-либо группой, и отношение его к людям зависит от того, входят ли они в его группу. Группа может быть как маленькой (семья), так и большой (народ, нация, партия и т. п.). Если другой входит в эту группу, то он достоин жалости, сострадания, уважения, любви, если нет, то эти чувства на него не распространяются.

III — просоциальный, или гуманистический. За каждым человеком подразумевается самоценность и равенство в отношении прав и свобод. Общая устремленность личности этого уровня на достижение таких результатов, которые принесут пользу другим, даже «дальним» людям, человечеству в целом. Братусь считает,

что только начиная с этого уровня можно говорить о нравственности, на предыдущих уровнях речь может идти лишь о морали — эгоцентрической или групповой, корпоративной.

IV — духовный. На этом уровне устанавливаются отношения человека с Богом, другой человек приобретает в его глазах не только гуманистическую, но и Божественную ценность.

На каждом уровне изменяется представление человека о благе и счастье. При этом существуют разные ступени принятия личностью этих уровней: ситуативная, устойчивая, личностно-ценностная.

В концепции Фромма под чертой характера понимается та или иная ориентация, выражающая доминирующие социальные установки. Внешними детерминантами этих установок — отношений могут быть предметная среда, люди и внутренний мир самого человека, его Я. Все ориентации Фромм делит на плодотворные и неплодотворные. Человек с плодотворной ориентацией видит источник своих благ в самом себе как воплощение своих сил и возможностей. Люди с неплодотворными ориентациями видят источники благ во внешней среде, вне себя, они ориентированы на то, что единственный способ обрести желаемое — это взять его из внешнего мира. Они хотят получить, но не способны давать. К неплодотворным ориентациям Фромм относит рецептивную, эксплуататорскую, стяжательскую, рыночную. Неплодотворные ориентации также имеют как отрицательные, так и положительные стороны. Но только человек с плодотворной ориентацией является по-настоящему свободным и независимым.

Говоря о характере, необходимо отметить, что характер строится не на отдельных, изолированных чертах, а представляет собой определенную структуру. Группировка черт характера в определенные комплексы определяется отношениями, вокруг которых группируются черты характера. Нетрудно назвать черты характера, в которых проявляется отношение к людям: общительность, замкнутость, доброта, тактичность и др.; или отношение к труду: трудолюбие, лень, ответственность и др. Однако структура черт характера не исчерпывается их группировкой, необходимо учитывать также взаимодействие черт характера, так как смысл каждой отдельной черты зависит от того, с какими другими чертами она сочетается. Например, прямота, откровенность в сочетании с чуткостью, вежливостью имеют одну социальную оценку, в сочетании с грубостью — совсем другую. Важным показателем характера является его *цельность*, которая проявляется в непротиворечивости черт характера, в единстве отношений личности и способа их осуществления.

На формирование характера влияют жизненные и социальные условия. Важную роль играет семейное воспитание. В стилях семейного воспитания выделяют два основных параметра: контроль и любовь — принятие ребенка. Эти два показателя представляют собой континуум от полной самостоятельности до жесткого контроля и от любви до враждебности по отношению к ребенку (рис. 10).

В условиях жесткого контроля, высокой требовательности, властности формируется либо протест, желание высвободиться, либо дети адаптируются к требованиям и у них формируется заниженная самооценка, неуверенность в себе, низкая самостоятельность, социальная незрелость. Если же высокая требовательность

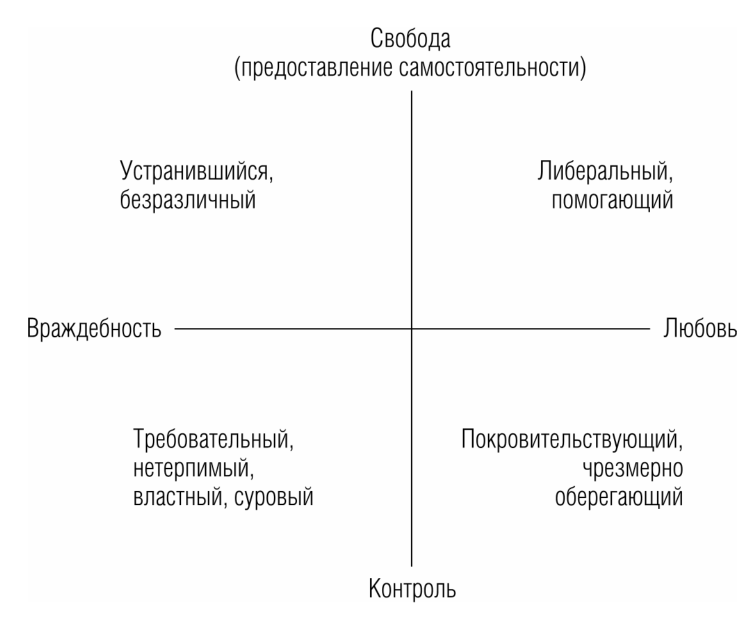


Рис. 10. Стили семейного воспитания (*по Шеферу*)

сочетается с эмоционально холодным, отвергающим отношением (*воспитание по типу Золушки*), то дети из таких семей испытывают трудности в общении, относятся к людям с недоверием, часто проявляют жестокость.

Сочетание безразличного родительского отношения с отсутствием контроля — *гипоопека* — ведет к вседозволенности, поведение подростка становится непредсказуемым, зависит от внешних влияний (возможны наркомания и другие формы асоциального поведения).

Родительская любовь в сочетании с излишней заботой о ребенке — *гиперопека* — приводит к несамостоятельности, пассивности, трудностям в общении, становится тормозом на пути развития.

Завышенные ожидания родителей в отношении своего ребенка, когда ребенок должен реализовать то, что не удалось в свое время родителям (например, выбрать профессию, о которой мечтал отец), часто ведет к утрате духовного контакта с родителями, если же при этом ребенку навязывается повышенная моральная ответственность, это может привести к невротическому развитию.

Чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, называют *акцентуациями* характера. Акцентуации — это заострение черт характера, которое наблюдается, как правило, в подростковом возрасте. В дальнейшем, по-видимому, происходит их сглаживание или компенсация, возможен также переход явных акцентуаций в скрытые. Вместе с тем, по данным Леонгарда, доля акцентуированных личностей во взрослом населении составляет примерно 50%. В нашей стране получила распространение классификация акцентуаций характера Личко, в которой выделяются следующие типы акцентуаций: неустойчивый тип, конформный, шизоидный,

эпилептоидный, истероидный, астено-невротический, сенситивный, психастенический, гипертимный, циклоидный, лабильный и смешанные типы.

Неустойчивый тип. Главная черта — нежелание трудиться: ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. При строгом и непрерывном контроле нехотя подчиняются, но всегда ищут случая отлынивать от любого труда. Важнейшей особенностью является слабый волевой компонент личности. Полное безволие обнаруживается, когда дело касается исполнения обязанностей, долга, достижения целей. Со слабостью волевого компонента и недостаточной инициативностью связана и подчиненность в группе, компании. Контакты всегда поверхностны. Романтическая влюбленность не свойственна. К своему будущему равнодушны, планов не строят, живут настоящим. В связи со слабой волевой сферой безнадзорность быстро оказывает пагубное действие.

Конформный тип. Главная черта — конформность: ярко выраженное стремление быть, «как все». Это стремление распространяется на все — от стремления одеваться как все до сильной зависимости суждений, позиций и поведения от окружения. Становятся целиком продуктом своего окружения: в «хорошей» среде старательно учатся и работают, в «плохой» — усваивают достаточно быстро ее обычаи, привычки, манеру поведения. Некритичны к восприятию групповых эталонов поведения, установок, ценностей и любой информации вообще. Наиболее успешно работают, когда не требуется личной инициативы. Плохо переносят ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества.

Шизоидный тип. Главные черты — замкнутость и недостаток чувствительности в процессе общения. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток чувствительности проявляется в неумении понять чужие переживания, в низкой эмпатии (способности к сопереживанию), в неумении понять желания и мысли партнера. Увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью. Богатые эротические фантазии сочетаются с внешней, часто подчеркиваемой асексуальностью. Труднее всего переносят ситуации, где нужно установить неформальные эмоциональные контакты, а также вторжение посторонних во внутренний мир.

Эпилептоидный тип. Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постоянно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. Характерна аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильны, но и продолжительны. Любовь почти всегда окрашена ревностью. Лидерство проявляется стремлением властвовать над сверстниками. Хорошо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где высокой показной исполнительностью перед начальством стремятся завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Свойственны мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил (иногда не необходимых или даже в ущерб делу), приверженность к порядку, педантизм.

Истероидный тип. Главными чертами являются мощный эгоцентризм, ярко выраженная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания. Все остальные особенности основаны на этом. Лживость и фантазирование целиком служат цели приукрашивания и привлечения внимания к своей личности.

Свойственна театральность переживаний, склонность к позерству. Низкая способность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Смена увлечений и хобби также обусловлена стремлением найти такое дело, где можно быть на виду.

Астено-невротический тип. Главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность. Утомляемость обычно проявляется при умственных занятиях и в обстановке соревнований, соперничества. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу.

Сенситивный тип. Имеют две главные особенности — большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно в области волевых качеств. Часто встречается неудовлетворенность своим физическим Я («образ тела»). Замкнутость, робость и застенчивость особенно выступают среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми трудны даже самые поверхностные контакты, но с теми, к кому привыкли, бывают достаточно общительны. Чрезвычайные трудности вызывают ситуации негативного оценивания или обвинения (тем более несправедливого).

Психастенический тип. Главными чертами являются нерешительность, тревожная мнительность (в виде опасений за будущее свое и своих близких), склонность к самоанализу. Черты характера обычно обнаруживаются уже в начальной школе. Отвечать за себя и особенно за других бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и случайностей служат выдуманные приметы и ритуалы. Нерешительность особенно проявляется при необходимости сделать самостоятельный выбор.

Гипертимный тип. Отличаются всегда хорошим, слегка повышенным настроением, высоким жизненным тонусом. Высокая степень активности сочетается с постоянным стремлением к лидерству. Высокий отклик на новое, но интересы неустойчивы. Большая активность сочетается с неразборчивостью в выборе знакомств. Легко осваиваются в незнакомой обстановке, но плохо переносят одиночество, размеренный режим, строго регламентированную дисциплину, монотонный и требующий мелочной аккуратности труд, вынужденное безделье. Склонны к переоценке своих возможностей и к чрезмерно оптимистическим планам на будущее. Стремление окружающих подавить их активность нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения.

Циклоидный тип. Характерной особенностью является достаточно частая смена нерезко выраженных фаз гипертимности и подавленности (субдепрессии). В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подросток становится домоседом, избегает компании. Неудачи и даже мелкие неурядицы в это время тяжело переживаются. Серьезные нарекания, особенно унижающие самолюбие, способны навести на мысли о собственной неполноценности и ненужности. Возможность провоцирования суицида. В гипертимной фазе циклоидные подростки не отличаются от гипертимов. Длительность каждой фазы обычно невелика (1–2 нед). Между фазами часто имеет место достаточно длительный период неакцентуированного, «гармоничного» поведения.

Лабильный тип. Главная черта этого типа — крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от часто незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависят активность, работоспособность, общительность. У лабильных подростков чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, которые сами проявляют любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. К лидерству не стремятся. Тяжело переживают утрату или эмоциональное отвержение со стороны значимых лиц. Отличаются умением адекватно оценить свой характер.

Смешанные типы. Помимо явных акцентуаций встречаются случаи одновременного заострения двух черт. Это так называемые смешанные типы, которые составляют половину случаев явных акцентуаций.

Способности

Проблема способностей существует в психологии с конца прошлого века, когда появились первые попытки измерения способностей с помощью тестов. Одним из первых тестов способностей была шкала измерения интеллекта Бине и Симона, созданная в 1905 г., которая измеряла 30 разнообразных способностей, от сенсомоторной координации до конструирования предложений, и предназначалась для детей от 2 до 12 лет. Таким образом, с самого начала предполагалось, что способности — это сложное многофакторное образование.

Способности — это индивидуально-психологические особенности человека, обеспечивающие легкость усвоения и успешность выполнения какой-либо деятельности. Во-первых, способности не сводятся к тем знаниям, умениям или навыкам, которые выработаны у человека. В них включаются те показатели, которые являются условиями успешности деятельности. Во-вторых, о способностях свидетельствует высокий темп усвоения знаний, умений, навыков, необходимых для деятельности. В-третьих, о способностях свидетельствуют высокий творческий уровень деятельности, оригинальность, новизна. В отношении состава и структуры способностей в психологии нет единой точки зрения. Так, согласно концепции Шадрикова, способности можно определить как свойства функциональных систем, реализующих отдельные психические функции, имеющие индивидуальную меру выраженности, проявляющиеся в успешности и качественном своеобразии деятельности. Психические способности — это свойства нервной системы, в которых реализуется функция отражения объективно существующего мира. Это способность ощущать, воспринимать, запоминать, мыслить. Общие свойства нервной системы проявляются в продуктивности деятельности, работоспособности, активности, произвольной и непроизвольной регуляции, мнемических способностях. А вербальные и невербальные способности определяются специализацией и взаимодействием полушарий. Попытка систематизации и анализа способностей предпринята Дружининым. Общие способности он определяет как способности получать, преобразовывать и применять знания. А в этом наиболее важную роль играет *интеллект* (способность решать задачи на основе применения имеющих-

ся знаний), *обучаемость* (способность приобретать знания) и *креативность* (способность преобразовывать знания с участием воображения и фантазии).

Интеллект многими исследователями рассматривается как эквивалент понятия общей одаренности, как способность к обучению и труду вообще независимо от их содержания. Такой точки зрения придерживаются Бине, Спирмен, Рубинштейн. Интеллект рассматривается как механизм адаптации к среде; например, Пиаже пишет о том, что развитый интеллект проявляется в универсальной адаптивности, структурировании равновесных отношений между индивидом и средой. Наиболее полным с содержательной точки зрения является определение интеллекта Векслера, он понимает интеллект как способность к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром. Векслер вслед за Верноном придерживается иерархической модели интеллекта, в которой выделяется фактор общего интеллекта, или генеральный (G), основные групповые факторы: вербальный и невербальный (или пространственный, практико-технический), а также парциальные факторы (включающие отдельные перцептивные и сенсорные способности). Вербальный интеллект в большой мере зависит от социализации, приобщения к культуре, уровня знаний и интеллектуальных навыков. Эту подструктуру интеллекта Кеттел называет связанным, или кристаллизованным, интеллектом. Невербальный, практико-технический интеллект (или свободный, текучий) не зависит от приобщения к культуре, его уровень определяется общим развитием третичных или ассоциативных зон коры больших полушарий. Этот интеллект проявляется при решении перцептивных задач, когда требуется воспринять и найти соотношение элементов. Парциальные факторы определяются уровнем развития отдельных сенсорных и моторных зон коры больших полушарий.

Коэффициент генетической детерминации общего интеллекта составляет от 0,4 до 0,66. Он максимален для вербального и пространственного интеллекта и минимален для перцептивных и сенсорных способностей. В целом можно отметить, что чем больше связана конкретная способность с общей, тем выше генетическая детерминированность (рис. 11).

Коэффициенты корреляции между детьми и родителями снижаются от 0,30–0,40 для общей способности до 0,10–0,20 для парциальных (сверху вниз). Показатели интеллекта характеризуются высокой стабильностью в процессе онтогенеза. Так, Хансен провел измерение интеллекта у 613 мальчиков при обучении их в 3-м классе, и через 10 лет коэффициент корреляции между показателями оказался очень высоким — $r > 0{,}73$. В целом отмечается прогрессивное улучшение показателей логического мышления до 35–45 лет, понимания слов до 55–60 лет, арифметических способностей до 55–60. Раньше всего стабилизируются показатели невербального интеллекта — в 35–40 лет. После 60 лет наблюдается снижение интеллектуальных характеристик. Динамика интеллекта зависит от характера деятельности, степени активности и вовлеченности интеллекта в деятельность человека. Социальные факторы, способствующие развитию интеллекта, зависят от возраста. Так, в дошкольном возрасте — это уровень образования родителей, эмоциональное одобрение со стороны родителей, поощрение инициативы и благоразумия, формирование еще не нужных в данном возрасте навыков и умений.

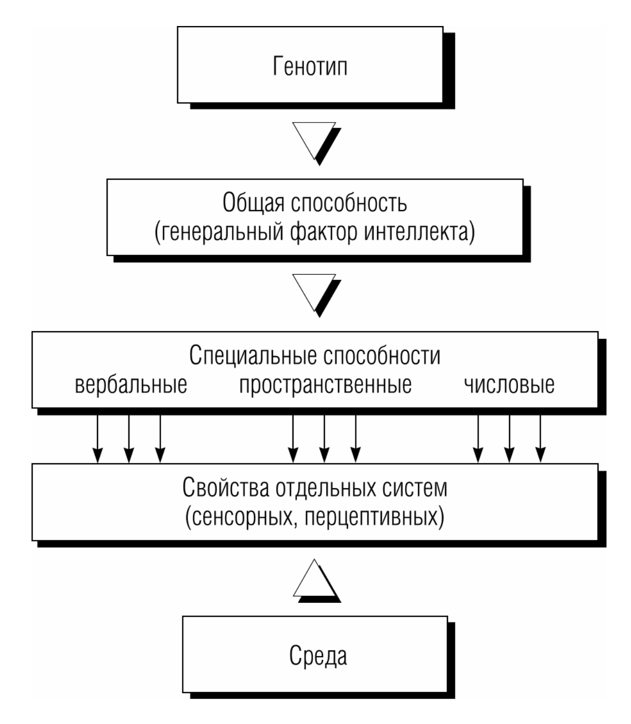


Рис. 11. Соотношение среды и наследственности в общих и специальных способностях (по Дружинину)

В школьном возрасте развитию интеллекта способствуют стремление к высоким достижениям, соревновательность, любознательность.

Вторым фактором общих способностей является *креативность*, творческие возможности, понимаемые как способность человека к нестандартному, нешаблонному решению задач. Об этом факторе подробно см. «Мышление». Здесь же рассмотрим соотношение креативности с интеллектом. Установлению связей креативности и интеллекта посвящено немало работ, но они дают очень противоречивые данные, по-видимому, эти соотношения характеризуются большим индивидуальным своеобразием и могут встречаться как минимум 4 разных сочетания. Своеобразие сочетания интеллекта и креативности проявляется в успешности деятельности, поведении, личностных особенностях, способах (формах) социальной адаптации (табл. 8). Диагностировать креативность довольно сложно, так как творчество спонтанно и с помощью тестов мы можем выявить креативов, но не можем точно определить некреативов.

Креативность не всегда поддается развитию, более того, замечено, что в процессе школьного обучения, связанного с рутиной и решением стандартных алгоритмизированных задач, количество высококреативных школьников уменьшается. Развитию креативности способствуют внимание к ребенку, большой спектр предъявляемых требований, в том числе несогласованных, малый внешний контроль поведения, поощрение нестереотипного поведения и наличие творческих

Таблица 8. Соотношение интеллекта и креативности

Высокая креативность Высокий интеллект	**Низкая креативность Высокий интеллект**
Уверены в себе	Высокое стремление к школьным успехам
Имеют адекватную самооценку	Тяжело переживают неудачу
Хороший самоконтроль	Преобладает не надежда на успех, а страх перед неудачей
Инициативны	Избегают риска
Успешны	Не любят публично высказывать свои мысли
Хорошо адаптированы	Сдержанны, скрытны Страдают без внешней адекватной оценки своих поступков
Высокая креативность Низкий интеллект	**Низкая креативность Низкий интеллект**
С трудом приспосабливаются к школьным требованиям	Внешне хорошо адаптированы
Часто в изгоях	Держатся в середняках
Имеют увлечения вне школы	Довольны своим положением
Тревожны, страдают от неуверенности в себе, комплекса неполноценности	Имеют адекватную самооценку
Учителя характеризуют их как тупых и невнимательных, так как они не любят рутинных заданий	Низкий уровень предметных способностей компенсируется пассивностью в учебе и развитием социального интеллекта и общительностью

членов семьи. Сенситивные периоды для развития общей креативности отмечены в возрасте 3–5 лет, специализированной — в 13–20 лет.

Обучаемость — это общая способность к усвоению знаний и способов деятельности (в широком смысле); показатели темпа и качества усвоения знаний, умений и навыков (в узком смысле). Основным критерием обучаемости в широком смысле является «экономичность» мышления, т. е. краткость пути в самостоятельном выявлении и формулировании закономерностей в новом материале. Критериями обучаемости в узком смысле выступают: количество дозированной помощи, в которой нуждается обучаемый; возможность переноса усвоенных знаний или способов действия на выполнение аналогичного задания. Выделяют имплицитную

обучаемость как «бессознательную» первичную общую способность и эксплицитную «сознательную» обучаемость.

Рассматривая соотношение интеллекта, креативности и обучаемости, Дружинин выделяет в них два уровня. Первый определяется наследственными факторами, уровнем и особенностями развития функций — это функциональный уровень, детерминированный природной организацией индивида. Второй уровень — операциональный — социально обусловленный, определяется степенью сформированности операций, которые усваиваются индивидом в процессе воспитания, образования и относятся к характеристике человека как субъекта деятельности (рис. 12).

Уровни	Интеллект	Креативность	Обучаемость
1-й	Свободный, текучий	Потенциальная	Имплицитная
2-й	Связанный, кристаллизованный	Актуальная	Эксплицитная

Рис. 12. Двухуровневая структура способностей

Таким образом, в структуре способностей тесно переплетаются природно обусловленные функциональные и социально обусловленные операциональные механизмы. Некоторые авторы включают в структуру способностей стилевые характеристики, к которым прежде всего относят познавательные стили. Познавательные стили — это устойчивые индивидуальные особенности, проявляющиеся в способах восприятия и переработки информации человеком.

Общие способности человека связаны с темпераментом и проявляются в общей работоспособности, активности, типах саморегуляции. Анализ психофизиологических основ общих способностей показывает, что разные типы активности связаны с доминированием полушарий. При этом «*правополушарные*» характеризуются большей активированностью, сильной нервной системой, высокой лабильностью, высоким развитием невербальных функций. Эти люди лучше учатся, решают задачи в условиях дефицита времени, они устойчивы к стрессу, предпочитают интенсивные формы обучения. «*Левополушарные*» характеризуются низкой активированностью, они лучше учатся по гуманитарным предметам, лучше планируют свою деятельность, у них выше точность выполнения работы. Хорошо развиты саморегуляция и вербальные функции. В то же время они характеризуются инертностью и слабостью нервной системы.

В последние годы наряду с общим интеллектом выделяют эмоциональный интеллект, который включает 5 типов способностей: знание эмоций, управление эмоциями, распознавание эмоций у других, умение мотивировать себя, совладание с социальными отношениями. Если общий интеллект является фактором академической и профессиональной успешности, то уровень эмоционального интеллекта позволяет говорить о вероятности жизненного успеха.

Структура личности

Личность понимается как сознательный индивид, занимающий определенное положение в обществе и выполняющий определенные общественные функции. Личность моложе индивида, так как человек рождается индивидом, а личностью он становится в процессе социализации, усвоения социального опыта.

Рубинштейн выделял 3 аспекта психического облика личности:

- *чего хочет личность*, что для нее привлекательно, к чему она стремится? Это вопрос о направленности, установках и тенденциях, потребностях, интересах и идеалах;
- *что может личность*? Это вопрос о способностях, о дарованиях человека, о его одаренности;
- *что личность есть*, что из ее тенденций и установок вошло у нее в плоть и кровь и закрепилось в качестве стержневых особенностей личности? Это вопрос о характере.

Таким образом, Рубинштейн включает в структуру личности ее направленность, характер и способности. В структуру личности многие авторы включают темперамент как психофизиологическую основу личности (Мясищев, Мерлин, Ананьев и др.). Основоположник персонологии Олпорт писал: «Личность есть такая динамическая организация психофизических систем индивидуума, которая определяет его уникальный способ адаптации к среде».

Айзенк, известный персонолог, определял личность как «более или менее стабильную и устойчивую структуру характера, темперамента, интеллекта и конституции человека, которая определяет его индивидуальную адаптацию к окружающему миру».

Основными характеристиками личности являются: активность, устойчивость, целостность. Под *активностью* понимается способность человека производить общественно значимые преобразования окружающего, проявляющаяся в общении, совместной деятельности, творчестве и саморазвитии. *Устойчивость* — это относительное постоянство личностных свойств. «Для индивидуума характерно проявление тенденции реагировать одинаковым способом в одинаковых ситуациях, каковая тенденция увеличивается с возрастом...» — писал один из основоположников персонологии Мюррей. Многочисленные данные, полученные с помощью наблюдений, самонаблюдений, анализа биографий и тестовых оценок, указывают на высокую устойчивость личностных свойств. Например, различия между детьми в агрессивности, доминировании, зависимости, социабельности и застенчивости сохраняются на протяжении дошкольного, школьного детства вплоть до взрослости. *Целостность* личности заключается в теснейшей взаимосвязи психических процессов и свойств, образующих единую структуру личности.

Теории, рассматривающие структуру личности, представлены теориями личностных черт, теориями личностных факторов, типологическими теориями. Понятие личностной черты впервые было предложено Олпортом. Под чертой понимается устойчивая характеристика, имеющая иерархическую организацию, проявляющаяся в поведении и позволяющая сравнивать степень выраженности поведенческих проявлений у разных людей. В качестве личностных черт выделя-

ют, например, экстраверсию—интраверсию, тревожность или эмоциональную стабильность, застенчивость, гнев, активность.

Экстраверсия—интроверсия впервые как черта личности была представлена Юнгом и охарактеризована Айзенком следующим образом:

Интроверсия	*Экстраверсия*
● Ориентация на внутренние стимулы	● Стремление к стимуляции извне
● Заторможенность поведения	● Расторможенность поведения
● Низкий уровень вовлеченности в различные формы активности	● Интенсивное вовлечение в разные формы активности

Застенчивость — связана со стремлением избегать общения или уклоняться от социальных контактов. Зимбардо, исследователь застенчивости, связывает ее с темпераментными чертами, как предрасположенностью, из которой под влиянием социальных факторов формируется так называемая выученная застенчивость. Отмечая увеличение количества застенчивых в современных обществах, в качестве социальных факторов этого явления Зимбардо выделяет внедрение компьютерных технологий и автоматизацию производства, уменьшающие процесс живого общения; уменьшение взаимодействия внутри семьи; снижение ценности совместного отдыха из-за индустрии развлечений, рост преступности, воспитывающий в людях страх, удерживающий их от контактов.

Количество рассматриваемых черт может быть увеличено. Так, выделяют агрессивность, ответственность и другие. Но главным недостатком теории черт является то, что личность рассматривается как простой набор черт, а не как определенная целостность, имеющая свою структуру.

Кеттелл, развивая факторный подход к личности, выделяет 2 вида черт: поверхностные (вторичные) и порождающие их, или первичные. Первичные черты, в свою очередь, разделяются на конституциональные (генетически обусловленные) и характерологические (развивающиеся под влиянием условий жизни, обучения). В своей концепции Кеттелл выделяет 3 группы черт в структуре личности: темпераментные черты — способности, динамические черты, мотивирующие поведение, включающие направленность и интересы личности. Все эти черты образуют взаимосвязанную систему 16 факторов личности.

В число 16 факторов 1-го порядка Кеттелл включает следующие, имеющие два противоположных полюса:

Замкнутость — общительность.
Низкий интеллект — высокий интеллект.
Эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость.
Подчиненность — доминантность.
Озабоченность — беспечность.
Низкая нормативность поведения — высокая нормативность поведения.
Социальная робость — социальная смелость.
Низкая сенситивность (толстокожесть) — высокая сенситивность.
Доверчивость — подозрительность.
Практичность — мечтательность (богатое воображение).

Прямолинейность — дипломатичность.

Уверенность в себе (высокая самооценка) — неуверенность в себе (чувство вины).

Консерватизм — радикализм.

Зависимость от группы — самодостаточность.

Низкий самоконтроль — высокий самоконтроль.

Низкая сила побуждений — высокое рабочее напряжение.

Определенное сочетание факторов 1-го порядка образует структуру факторов более высокого 2-го порядка, включающую: экстраверсию — интроверсию, приспособленность — тревожность, утонченную эмоциональность — динамическую стабильность, подчиненность — независимость. Объединение отдельных факторов в целостную структуру происходит по двум принципам: координации, взаимодействия черт на паритетных началах (факторы 1-го порядка) и субординации (по этому принципу происходит взаимодействие факторов 1-го и 2-го порядков). Диаграмма иерархической структуры личности, в которой представлены субординационный и координационный принципы взаимодействия черт (факторов) и образование типа на примере интровертированного типа, изображенная на рис. 13, позволяет понять, как объединяются в общую структуру личности различные уровни, составляющие организацию поведения.

Айзенк, из работы которого заимствована эта схема и пояснения к ней, выделяет 4 уровня организации поведения. Нижний уровень представлен специфическими реакциями (СР) — это реакции на повседневные события жизни, которые могут быть индивидуально устойчивыми или вариативными. Второй уровень — уровень привычных реакций личности. Эти (ПР) реакции обычно повторяются

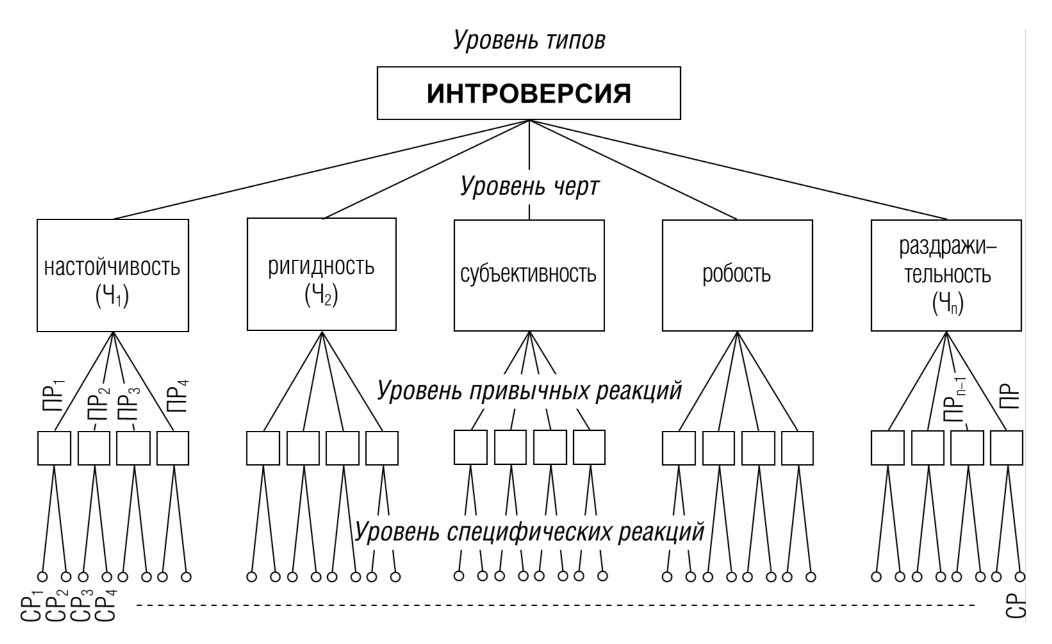


Рис.13. Диаграмма иерархической структуры личности

при схожих ситуациях. На третьем уровне представлены черты (Ч) как структура привычных действий (в данном примере это настойчивость, ригидность, субъективность, робость, раздражительность). Эти черты могут быть названы также группами факторов, так как они получены при применении корреляционного анализа. На четвертом уровне представлен общий тип как структура черт (в данном случае — интроверт).

Помимо интроверсии в число базовых факторов, образующих типы, Айзенк включает нейротизм (эмоциональная стабильность—нестабильность) и психотизм (тенденция к импульсивности или контролю). В последние десятилетия, начиная с 1980-х гг., число базовых факторов расширяется до пяти и наибольшее распространение получает так называемая пятифакторная модель личности, основанная на психометрическом подходе и включающая следующие 5 факторов, представленные в табл. 9 (Голдберг).

Эти факторы образуют верхний базовый уровень наиболее обобщенных свойств личности, в то же время десятки частных характеристик, представляющих проявления этих базовых свойств в конкретных ситуациях, образуют нижний уровень иерархии. Рассмотрение структуры пяти факторов показывает, что часть из них может быть отнесена к биологически обусловленным (темпераментальным) подструктурам, например 1-й и 4-й факторы, в то время как 2-й и 3-й представляют направленность личности, а 5-й скорее можно отнести к потенциалу личности, ее способностям. Таким образом, рассматривая структуру личности, большинство психологов, как отечественных, так и зарубежных, включают в нее темперамент,

Таблица 9. Пятифакторная структура личности

Название фактора	Положительный полюс	Отрицательный полюс
1. Экстраверсия	Общительность, напористость, высокая активность	Спокойствие, пассивность, сдержанность
2. Доброжелательность	Доброта, доверчивость, теплота	Враждебность, эгоизм, недоверчивость
3. Добросовестность	Организованность, основательность, надежность	Беззаботность, небрежность, ненадежность
4. Эмоциональная стабильность	Устойчивость, уравновешенность	Нервозность, раздражительность
5. Интеллектуальность	Любознательность, вдохновенность, креативность	Узость интересов, заурядность, ограниченность

способности, характер, направленность, своеобразное сочетание которых создают неповторимость человеческой индивидуальности.

Темперамент, характер и способности рассмотрены выше.

Направленность личности. Направленность — это система доминирующих, социально обусловленных отношений личности к действительности, основными проявлениями которой являются интересы, идеалы, мировоззрения, убеждения (Леонтьев). При этом именно направленность и характер являются основными содержательными характеристиками личности, выражающими ее социальную сущность.

Направленность человека имеет многоуровневую организацию, в основании ее лежат потребности.

Потребность понимается как необходимость, нужда, но не всякую нужду можно назвать потребностью. Для того чтобы необходимость отражала потребность, она должна стать для субъекта актуальной в данный момент, чтобы человек захотел того, что ему необходимо. То есть потребность как нужда организма отражает его объективное состояние и связана с осознанием нужды, имеет субъективную сторону. Ильин дает определение потребности личности как «переживаемое человеком состояние внутреннего напряжения, возникающее вследствие отражения в сознании нужды и побуждающее психическую активность, связанную с целеполаганием».

Потребности выступают как источники активности человека. По источнику формирования все потребности делятся на первичные (биологические), вторичные (социальные) и духовные. Первичные потребности — потребности в пище, воде, температурном комфорте, сне, сексуальные потребности. Удовлетворение этих потребностей обеспечивает индивидуальное и видовое существование, эти потребности общие у животных и человека. Однако биологические потребности преобразуются под влиянием жизни в обществе, проявляются и развиваются иначе, чем у животных. В ходе развития человеческого общества возникают и развиваются специфически человеческие — социальные и духовные — потребности. Социальные потребности включают потребности в принадлежности к группе, в признании, уважении и любви, самоутверждении. Духовные потребности — это потребности в познании мира, самоуважении и самореализации, эстетические потребности.

Маслоу обосновал иерархическую структуру потребностей человека, выделив в ней 5 уровней, эта «пирамида» потребностей представлена схематично на рис. 14.

Потребности более высоких уровней возникают тогда, когда удовлетворены потребности низших уровней, которые являются генетически более ранними и имеют большее значение для выживания. Неудовлетворение потребностей низших уровней тормозит проявление других потребностей.

Неудовлетворение основных потребностей: в безопасности, сопричастности, любви, уважении и самоуважении, тормозит развитие личности и может привести к отклонениям в развитии, девиантному поведению, фрустрации, к болезни. Жизнь личности складывается совершенно по-разному в зависимости от того, на удовлетворении каких потребностей она сосредоточена — на потребностях низ-

V	Потребности самоактуализации (потребности в реализации своих потенциалов, в понимании смысла жизни)
IV	Потребности в самоуважении (потребности в достижении, одобрении, признании, в принятии себя, положительной самооценке)
III	Потребности в социальных связях (потребность в социальной включенности, принадлежности к группе, любви и доверии)
II	Потребности в безопасности (защита от страдания, боли, разрушения, неустроенности)
I	Физиологические потребности (голод, жажда, сон, активность, секс)

Рис. 14. Пирамида потребностей Маслоу

ших уровней или на потребностях в самоактуализации, которую Маслоу называл потребностью развития, так как удовлетворение этих потребностей обеспечивает развитие личности и личностный рост. Самоактуализированную личность отличает адекватное восприятие реальности. Эти люди видят мир таким, каков он есть, а не таким, каким они хотели бы его видеть, благодаря чему они обладают способностями распознавать фальшь, неискренность. Их не страшит неизвестность, неопределенность, они устремлены к познанию. Важнейшей особенностью самоактуализирующейся личности является принятие себя, адекватное самопонимание. Такие люди живут в ладу с собой, их не терзает чувство вины и тревоги (характерное для невротиков). Они ведут себя просто и естественно, сохраняют спокойствие, не тревожатся по пустякам, что объясняется их способностью отрешиться от мелочей, частностей, шире смотреть на вещи. Они умеют спокойно и безболезненно переносить одиночество, не идут на поводу у людей и обстоятельств, их характеризует ответственность, самостоятельность. Важнейшими характеристиками самоактуализированной личности являются умение радоваться, сохранение способности удивляться, приходить в восторг, творческие способности. «Самоактуализированного человека, — по словам Маслоу, — уже не беспокоят проблемы выживания, он просто живет и развивается». Вместе с тем потребности в самоактуализации часто не осознаются личностью, их удовлетворение отодвигается на второй план.

Потребности определяют *мотивы* деятельности. Если потребность — это определенное напряжение, вызванное нуждой в чем-то, но она еще не определяет направление активности субъекта, то мотив выступает как побуждение к действию, как стремление к удовлетворению потребности, это готовность психики, направляющая к определенной цели. Мотив может иметь такие психологические проявления, как желания, хотения, намерения, стремления. Основными характеристиками мотива являются его сила и устойчивость.

Сила мотива оценивается по степени и глубине осознания потребности и самого мотива, по его интенсивности. Сила мотива зависит от силы мотивационного возбуждения (физиологический фактор), а также от таких психологических факторов, как знание результатов деятельности, вероятность ее успеха, значимость деятельности для личности. Для оценки силы мотива Аткинсон предложил формулу

$$М = П \times В \times З,$$

где М — сила мотива; П — мотив достижения успеха как свойство личности; В — субъективно оцениваемая вероятность достижения поставленной цели; З — значимость достижения цели для личности.

Устойчивость мотива определяется его сохранением во времени, его проявлением во всех основных видах деятельности человека.

Сила и устойчивость мотивации влияют на направление деятельности и на ее успех. Усиление мотивации до определенного уровня увеличивает продуктивность и успешность деятельности, при дальнейшем увеличении мотивации показатели деятельности начинают снижаться.

Основными функциями мотивов являются: побуждающая, направляющая, регулирующая. *Побуждающая* (или стимулирующая) функция проявляется в том, что мотив обусловливает активность человека, его поведение. *Направляющая* функция отражает направленность энергии мотива на определенный объект, что обусловливает выбор поведенческих стратегий. Суть *регулирующей* функции состоит в том, что мотив предопределяет характер поведения, которое зависит от того, какие мотивы оказываются наиболее значимыми в каждый конкретный момент времени.

Мотивационные свойства личности. *Под мотивационными свойствами личности понимают закрепившиеся и предпочитаемые способы формирования мотива.* Классификация, предложенная Мюрреем, предлагает более 20 мотивов и соответствующих мотивационных свойств личности. Рассмотрим основные из них.

Мотив достижения как устойчивое стремление личности к достижению высоких результатов в какой-либо деятельности. Для таких людей характерна высокая активность, уверенность в себе, высокая самооценка. Стремясь к успеху, они ставят более сложные задачи, в большей степени рискуют, они стремятся к повышению уровня своих достижений.

Из этого мотива был выделен мотив *избегания неудачи*, при этом главным побуждением человека является стремление избежать неудачи. Такие люди выбирают чаще всего легкие задачи, так как боятся оказаться неудовлетворенными. Они могут выбирать и очень трудные задачи, так как неудача в этом случае не воспринимается как личный неуспех, а лишь как следствие обстоятельств. С мотивационной сферой личности тесно связан уровень притязаний.

Под уровнем притязаний понимают уровень трудности тех задач, на осуществление которых претендует человек, побуждаемый данным мотивом. Это понятие возникло в школе Левина. В нашей стране исследования уровня притязаний проводились Палеем и Гербачевским.

В уровне притязаний различают несколько сторон.

1. Степень трудности задач, которые ставит человек перед собой, считая, что он с ними справится.
2. Степень расхождения между задуманным и осуществленным (результаты могут оказаться ниже тех, которые человек задумал, это может осознаваться как низкий уровень возможностей).
3. Уровень притязаний характеризуется такой степенью трудности задачи, выполнение которой приносит человеку удовлетворение. (Человек может поставить себе вполне посильную, легкую задачу, но ее решение не принесет удовлетворения.)

Все три стороны уровня притязаний связаны между собой. То, какую степень трудности задач выбирает человек, зависит, как было показано выше, от доминирующей мотивации достичь успеха или избежать неудачи. Степень сложности выбираемой задачи зависит также от силы мотива. Если мотив очень слабый, то человек или вовсе не рискует и выбирает самые легкие задачи, или же, наоборот, чрезмерно рискует, выбирая задачи высокой сложности. Если мотив сильный, то выбираются задачи средней трудности. Установлена зависимость уровня притязаний:

- от свойств личности. Высокотревожные и интроверты стремятся прежде всего избежать неудачи. Низкотревожные и экстраверты обнаруживают стремление к успеху;
- от ориентации личности. Если преобладает ориентация на Я, стремление к самоутверждению, то выявляется доминирование стремления к успеху. Если преобладает ориентация на задачу, на социально ценный результат, то доминирующим является стремление избежать неудачи;
- от психического здоровья человека. Например, по сравнению с нормальными людьми больные неврастенией ставят перед собой более сложные задачи, а истерией, напротив, более легкие, минимальные по сравнению со средним уровнем своих достижений.

Одно из основных условий изменения уровня притязаний — достигнутый успех или неуспех деятельности. Если человек ставит непосильную задачу, то повторный неуспех ведет к снижению уровня притязаний. Однако это влияние успеха опосредуется самооценкой. При адекватной самооценке после успеха человек выбирает более трудные задачи, а после неуспеха — более легкие. При завышенной самооценке успех ведет к повышению степени трудности задач и после неуспеха также повышается степень трудности выбираемой задачи, так как имеет место адекватная реакция на успех и неадекватная — на неудачу. При заниженной самооценке и после успеха, и после неуспеха человек выбирает более легкие задачи, т. е. имеется неадекватная реакция на успех, снижение уровня притязаний после успеха.

Мотив власти. Власть рассматривают как способность человека проводить свою волю вопреки сопротивлению других людей. Личность с выраженным мотивом власти получает удовлетворение от контроля над другими, от возможности судить, устанавливать нормы, правила поведения. В основе этого мотива лежит

комплекс превосходства, выделенный Адлером, который в процессе развития может принимать как конструктивное, так и деструктивное направление.

Мотив аффилиации — стремление к контактам с другими людьми, стремление к сотрудничеству и одобрению, стремление строить взаимоотношения с людьми на основе доверия, равенства партнеров по общению. Обратной стороной этого мотива является боязнь отвержения, которая проявляется в боязни быть отвергнутым, непринятым. У людей с преобладанием мотива отвержения проявляются неуверенность в себе, скованность в ситуациях общения.

Альтруистические мотивы проявляются в потребности помогать другим на бескорыстной основе. В основе — способность на безвозмездную жертву, потребность отдавать и чувство ответственности.

Всю совокупность мотивов поведения и деятельности определяют как *мотивацию личности*. Мотивация личности обусловлена потребностями, целями, уровнем притязаний, идеалами, мировоззрением, убеждениями, направленностью личности, кроме того, такими субъективными характеристиками, как умения, знания, способности, характер. В качестве объективных детерминант мотивации выступают условия деятельности. Мотивация рассматривается как процесс, поддерживающий психическую активность человека на определенном уровне в каждый конкретный момент времени.

Я-концепция. В психической деятельности человека выделяется особый род активности — это «рефлексивная деятельность, активность "Я", направленная на самое себя. В рефлексивной деятельности "Я" выступает как объект своих действий и переживаний» (Рубинштейн).

Образ Я как особое психологическое образование было выделено и охарактеризовано Джеймсом в 1892 г. в рамках изучения самосознания. Глобальное, личностное Я (Self) он рассматривал как двойственное образование, в котором соединяются Я-сознающее (Я) и Я как объект (Me). Это две стороны одной целостности, всегда существующие одновременно. Таким образом, Джеймс впервые подчеркнул различия Я-субъекта и Я-объекта.

Рефлексивность, или самосознание, — это форма переживания человеком своей личности, форма, в которой личность открывается самой себе. Самосознание развивается постепенно, генетически это самая поздняя характеристика сознания. Самосознание возникает как продукт жизни в обществе, жизненного опыта. Необходимой предпосылкой формирования самосознания является сравнение себя с другими людьми. Человек как в зеркало смотрится в другого человека. Салливан писал по этому поводу: «Для того чтобы мы поняли, кто мы такие, мы должны знать реакции на нас других людей». Для формирования самосознания важно не только общение, но и труд, и в первую очередь предметные действия ребенка. Ананьев выделяет основные стадии в формировании самосознания именно в связи с развитием предметных действий и общения.

На 1-й стадии ребенок отделяет свои действия от предметов своих действий. Это происходит в конце 1-го года жизни.

На 2-й стадии происходит отделение ребенком себя от своих действий, т. е. осознание им того, что выполненные действия есть *его* действия, он сам является *субъектом* деятельности.

Третья стадия связана с формированием образа Я. Это происходит в 2–3 года, когда дети переходят от называния себя по имени к использованию в разговорах о себе местоимения «мой», «моя», «мое», «у меня».

Четвертая стадия (3–4 года) характеризует переход от представления себя к мысли о себе, формируется *понятие о себе*. Появляется самооценка. В этом возрасте дети не только указывают причины своих действий, но и дают им оценки. В начале эти оценки являются простым выражением оценки других лиц. Несколько позже появляются отражение и оценка своих психических состояний, желаний, хотений, мотивов.

Таким образом, развитие самосознания начинается с осознания своего тела, различных его органов и создания экстероцептивного образа самого себя. Образ своего физического облика складывается раньше, чем духовного, психологического.

Огромное влияние на формирование Я-концепции оказывают социальная среда, взаимодействие с другими людьми, и прежде всего с членами семьи. Столин выделяет в качестве основных феноменов, влияющих на формирование Я-концепции, следующие:

1) прямое или опосредованное усвоение точки зрения другого на себя;
2) прямое и косвенное внушение ребенку со стороны родителей норм, оценок, стандартов, способов поведения;
3) трансляция ребенку со стороны близких конкретных оценок, стандартов и т. п.;
4) система контроля за ребенком (предоставление самостоятельности или жесткий контроль);
5) система отношений, складывающихся между ребенком и родителями (равенство общающихся, функциональное неравенство, система трансакций);
6) вовлечение ребенка в реальные взаимоотношения в семье (семейная идентичность);
7) механизм идентификации, т. е. уподобление себя в форме переживаний и действий другому лицу.

Я-концепция имеет сложную структуру и включает следующие составные части:

Я-физическое — образ тела, переживание отдельных сторон своего физического облика, дефектов или недостатков. Эта сторона Я-концепции особенно большое значение имеет в детском и подростковом возрасте, когда другие стороны Я еще отстают в своем развитии. Значение Я-телесного иллюстрируется открытым Адлером в начале нашего века эффектом компенсации и сверхкомпенсации органических дефектов.

Я-психологическое — восприятие собственных черт личности, способностей, мотивов, притязаний. Психологическое Я составляет основу Я-концепции.

Я-социально-ролевое — ощущение себя носителем тех или иных социальных ролей и функций (например, профессионала, отца семейства, члена общественной организации и т. п.). Социально-ролевая идентичность человека — очень важная составляющая Я-концепции.

Самоотношение, или смысл Я. Внешним проявлением самоотношения является *самооценка* — общее положительное или отрицательное отношение к себе. Самооценка относится к центральным образованиям личности, ее ядру, в значительной мере определяет социальную адаптацию личности. Важными характеристиками самооценки являются целостность, интегрированность и автономность самооценки, ее независимости от внешних оценок. В формировании самооценки огромную роль играет родительское отношение: положительная самооценка формируется родительской любовью, отрицательная — нелюбовью, отвержением ребенка. Важную роль играет также успех деятельности. Джеймс определил формулу самооценки:

$$\text{СО} = \frac{\text{Успех}}{\text{Притязания}}.$$

Из этой формулы следует, что для того, чтобы повысить самооценку, нужно либо повысить успешность деятельности, создать для человека ситуацию переживания успеха, либо снизить притязания. Если человек, имеющий завышенные притязания, постоянно наталкивается на неуспех, это ведет его к фрустрирующим переживаниям.

Выделяют (Д. А. Леонтьев) еще один уровень Я-концепции — *Я-экзистенциальное,* в котором отражены особенности взаимоотношений личности с окружающим миром. Оно проявляется в ощущении себя источником активности или, наоборот, пассивным объектом воздействий, переживании своей свободы или несвободы, ответственности или посторонности. Это уровень, в котором отражаются общие принципы отношений личности с окружающим миром, а не отдельные свойства.

В целом Я-концепцию можно представить как иерархически организованную структуру, разворачивающуюся от глубинного самоощущения до вербализованных концептуальных представлений о себе.

В психологии принято выделять две формы Я-концепции: Я-реальное и Я-идеальное. Я-реальное включает те представления человека о самом себе, которые, по его мнению, наиболее достоверно и адекватно характеризуют личность в данный момент. Идеальная Я-концепция — это представления личности о себе в соответствии с идеалами, желаниями («каким я хотел бы быть»), сумма желательных качеств. Фактически соотношение Я-реального и Я-идеального положено в основу самооценки, понимаемой как соотношение реальных достижений индивида и его притязаний. Сущностью чувства самоуважения является соотношение индивидуального идеала и достижений. Соотношение Я-реального и Я-идеального лежит в основе механизмов адаптации личности. Идеальное Я — это развитые и активные жизненные силы, потенции Я-реального, побуждающие личность к развитию. Я-идеальное и Я-реальное, как правило, не совпадают и не могут совпадать полностью. Однако большие расхождения между ними, конфликтный характер соотношения (когда в идеальном Я присутствует одна черта, а в реальном Я ее противоположность) считаются тревожным симптомом, так как ведут к нарушениям в поведении и неадаптивности. Выделяют следующие воздействия неблагоприятной Я-концепции (Ремшмидт).

1. Снижение самоуважения и часто как следствие — социальная деградация, агрессивность.
2. Стимуляция конформистских реакций в трудных ситуациях. Человек легко поддается влиянию группы.
3. Глубокое изменение восприятия. Люди с негативной Я-концепцией с трудом сознают, что совершают хорошие поступки, так как считают себя неспособными к ним.

Подход, основанный на психоаналитических взглядах, рассматривает Я-идеальное как элемент глубинных личностных процессов. Помимо того что Я-идеальное может стать причиной депрессивных переживаний, что подтверждается исследованиями, которые показали, что у больных неврозом конфликт между Я-идеальным и Я-реальным выражен намного сильнее, чем у психически здоровых людей, человек переживает постоянное недовольство собой как признак фрустрированности. Кроме того, Я-идеальное включается в структуру защитно-психологических механизмов и стратегий, цель которых — сохранение положительного самоотношения. Психологической защитой в настоящее время считают любые реакции, которым человек научился и прибегает к их использованию неосознанно, для того чтобы защитить свои внутренние психические структуры, свое Я от чувства тревоги, стыда, вины, гнева, а также от конфликта, фрустрации и других ситуаций, переживаемых как опасные.

Восприятие себя может искажаться не только защитными механизмами, но также мотивами, целями, установками. В исследованиях выделяются две функции самопрезентации:

1) самопрезентация предпринимается ради самопонимания. Человек стремится согласовать представление о себе со своим поведением;
2) публичное распространение образа Я. Главное в этой функции — защита самоотношения и обеспечение успешного социального взаимодействия.

Возможны две стратегии самопрезентации: ублажающая и самоконструирующая (Бодалев). «Ублажающая» направлена на то, чтобы представить себя в благоприятном свете и получить одобрение окружающих. Самоконструирующая направлена на поддержание и укрепление идеального Я, так как вытекает из желания произвести впечатление на других теми качествами, которые входят в идеальное Я субъекта.

Ведущей функцией самосознания является регуляция поведения личности. Совокупность знаний о себе и самооценка представляют психологическую основу поведения личности, степень ее уверенности в себе, свободу и ответственность.

Контрольные вопросы

1. Авторами гуморально-конституционных теорий темперамента являются указанные, кроме:
   ❶ Шелдона;
   ❷ Кречмера;
   ❸ Мерлина;
   ❹ Гиппократа.
2. Свойствами индивида являются указанные, кроме:
   ❶ пола;
   ❷ темперамента;
   ❸ ценностных ориентаций;
   ❹ задатков.
3. Свойствами личности являются указанные, кроме:
   ❶ ответственности;
   ❷ позиции и статуса;
   ❸ направленности;
   ❹ конституции.
4. Степень зрелости и износа организма и нервной системы определяется:
   ❶ паспортным возрастом;
   ❷ биологическим возрастом;
   ❸ социальным возрастом;
   ❹ психологическим возрастом.
5. К типологическим свойствам нервной системы относятся указанные, кроме:
   ❶ силы;
   ❷ лабильности;
   ❸ ранимости;
   ❹ подвижности.
6. Свойствами темперамента являются указанные, кроме:
   ❶ активности;

❷ эмоциональности;

❸ темпа деятельности;

❹ аккуратности.

7. Чертами характера являются указанные, кроме:

❶ вежливости;

❷ трудолюбия;

❸ впечатлительности;

❹ чувства долга.

8. Автор теории отношений личности:

❶ Бехтерев;

❷ Мясищев;

❸ Выготский;

❹ Ананьев.

9. Определите тип акцентуации характера по Личко, если главными чертами являются нерешительность и тревожная мнительность; нерешительность проявляется особенно при необходимости сделать самостоятельный выбор; защитой от постоянной тревоги служат выдуманные приметы и ритуалы:

❶ сенситивный;

❷ лабильный;

❸ психастенический;

❹ гипертимный.

10. Определите тип акцентуации характера по Личко, главной чертой которого является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постоянно нарастающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло; для него свойственны мелочная аккуратность, скрупулезность, педантизм:

❶ шизоидный;

❷ эпилептоидный;

❸ астено-невротический;

❹ конформный.

11. Способность человека к сопереживанию и сочувствию другим людям называется:

❶ сенситивность;

❷ эмпатия;

❸ отзывчивость;

❹ конформизм.

12. В структуру способностей входит указанные, кроме:

❶ интеллекта;

❷ критичности;

❸ креативности;

❹ обучаемости.

13. Автор концепции иерархической структуры потребностей:

❶ Маслоу;

❷ Мюррей;

❸ Левин;

❹ Платонов.

14. Последствиями воздействия неблагоприятной Я-концепции на человека являются указанные, кроме:

❶ снижения самоуважения;

❷ стимуляции конформистских реакций;

❸ отношения к себе как к неспособному на хорошие поступки;

❹ апатии, вялости.



ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Социальная психология как наука, ее структура и история становления

Методы социальной психологии

Социальная психология личности

Социальная психология групп

Социальная психология общения

Глава 5

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК НАУКА, ЕЕ СТРУКТУРА И ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ

Предмет социальной психологии. С незапамятных времен человек задумывался над тем, как лучше понимать других людей, влиять на них, устанавливать с ними определенные отношения. Это было вызвано потребностями практики — поиском наилучших форм организации и взаимодействия людей в различных областях — хозяйственной, политической, военной, воспитательной, лечебной и др.

Почему разные люди по-разному воспринимают и оценивают одни и те же явления? Как формируются убеждения человека и можно ли их изменить? Какие силы и каким образом влияют на поведение людей? На какой основе мы доверяем или, наоборот, не доверяем тому или иному человеку? Почему люди часто соглашаются с мнением большинства? Каким образом можно согласовать действия нескольких человек и даже больших масс людей? Отчего многие из нас стремятся помогать другим? Что может вызывать агрессивное поведение людей? По каким причинам люди ссорятся? Почему так разнообразны проявления дружбы и любви? Возможно ли обучение успешному общению? Как особенности взаимоотношений людей могут отражаться на их здоровье?

На все подобные вопросы, вытекающие из многообразных форм контактов между людьми, пытается ответить такая отрасль научного знания, как социальная психология. *Это наука, которая изучает закономерности познания людьми друг друга, их взаимоотношений и взаимовлияний.*

Предметом исследования в социально-психологической науке являются различного рода контакты между людьми. Эти контакты могут быть непосредственными, как говорится, лицом к лицу. Они бывают и опосредствованными: например, путем использования средств массовых коммуникаций — прессы, радио, телевидения, кино, Интернета. Таким образом осуществляется влияние на людей не только со стороны тех или иных лиц, но и отдельных социальных групп, и общества в целом. Контакты между людьми могут быть случайными и сравнительно непродолжительными, как разговор двух попутчиков в одном купе железнодорожного вагона. И наоборот, межличностные контакты могут приобретать систематический и продолжительный характер — в семье, на работе, в компании

друзей. При этом объектом социальной психологии выступают не только небольшие по своей численности группы людей, но и такие общности, которые включают в себя значительное количество распределенных на большой территории лиц. Это нации, классы, партии, профессиональные союзы, крупные контингенты различных предприятий, фирм. Эти общности могут характеризоваться различной степенью организованности. Сравним, например, огромную толпу на площади, собравшуюся по поводу массового праздника, и крупное воинское подразделение. Самые разнообразные большие группы также выступают в качестве объектов социальной психологии. Те или иные отношения возникают не только между отдельными индивидами, но и между целыми группами, как малыми, так и большими. Межгрупповые отношения могут носить различный характер — от взаимопонимания и сотрудничества вплоть до острой конфронтации.

Рассматривая структуру социальной психологии как науки, можно выделить следующие ее разделы:

- социальная психология личности;
- социальная психология общения и межличностного взаимодействия;
- социальная психология групп.

Социальная психология личности охватывает проблематику, обусловленную общественной природой личности, ее включенностью в различные группы и общество в целом. Это вопросы социализации личности, ее социально-психологических качеств, мотивации поведения, влияния на него социальных норм.

Социальная психология общения и межличностного взаимодействия рассматривает различные виды и средства коммуникаций между людьми (включая и массовые коммуникации), механизмы этих коммуникаций, типы взаимодействия людей — от кооперации до конфликта. Тесно связаны с данной проблематикой и вопросы социального познания, такие как восприятие, понимание и оценка людьми друг друга. Социальная психология групп охватывает групповые явления и процессы, структуру и динамику малых и больших групп, различные стадии их жизнедеятельности, а также межгрупповые отношения.

Само по себе название науки — социальная психология — уже говорит о ее тесной связи и с социологией, и с психологией. Это положение обусловливает различное понимание проблематики социальной психологии и ее места в системе наук как отечественными, так и зарубежными исследователями. Одни из них считают, что социальная психология целиком входит в систему психологических наук. Другие, наоборот, включают ее в состав социологии. Третьи полагают, что социальная психология — это наука пограничная, рассматривающая проблематику, которая должна изучаться и психологами и социологами, но с различных методологических и теоретических позиций. Дискуссии о предмете социальной психологии, ее месте в системе наук продолжаются. Все это говорит о сравнительной молодости социальной психологии как науки.

История становления социальной психологии как науки. Началом научного социально-психологического знания можно считать анализ наблюдений за человеческим поведением, представленный в трудах философов Античности. Уже в произведениях Платона и Аристотеля обнаруживается немало рассуждений о связи между индивидуальными особенностями тех или иных людей и их по-

ложением в обществе, об идеальной личности и идеальном образе жизни, о том, как люди влияют друг на друга. Многие из этих идей послужили исходной основой для разработки социально-психологических концепций в более позднее время. Философы прошлого в течение продолжительного периода сосредоточивали свое внимание на том, какова сущность человека, является ли он по своей природе «хорошим» или «плохим». Отсюда и выводились источники социального поведения людей.

Во второй половине XIX в. интерес к социально-психологической проблематике возрастает в различных странах. В Германии формируется научная школа, обратившаяся к изучению психологии народов. В первую очередь здесь необходимо отметить труды по психологии философа Лазаруса и языковеда Штейнталя, которые в 1860 г. в Берлине начали выпускать «Журнал психологии народов и языкознания». За тридцатилетний период было опубликовано 20 томов этого издания, которое можно рассматривать как первый журнал по социальной психологии. Целью журнала было объявлено «открытие законов, которые проявляются повсюду, где массы живут и действуют как единое целое». На его страницах социально-психологические вопросы рассматривались исходя из филологической, антропологической и исторической ориентации. При этом явления культуры прослеживались в их историческом развитии. К данному направлению можно отнести и работы «отца психологии» Вундта. Десять томов его «Психологии народов» были опубликованы за период с 1900 по 1920 г. К сфере изучения «народной психологии» Вундт относил «те психические продукты, которые создаются вследствие общественного характера человеческой жизни и поэтому необъяснимы только исходя из индивидуального сознания». Так, он считал, что языки, мифы и обычаи по своему происхождению социальны, поэтому объектами социально-психологического исследования должны выступать язык, миф, обычай.

В конце XIX — начале XX в. ведется активный исследовательский поиск движущих сил, определяющих социальное поведение. Характерной чертой многих работ этого периода было выделение того или иного доминирующего фактора при анализе социально-психологических явлений. Подобное упрощение сводило основы всех социально-психологических проблем к единственному объяснению. Баджот и Тард называли в качестве такого фактора подражание, Лебон — внушение, Джеймс — привычку, Макдугалл и Троттер — инстинкт, Дюркгейм и Леви-Брюль — «коллективное сознание». Большое влияние на развитие социально-психологической мысли оказали труды английского естествоиспытателя Дарвина. В соответствии с принципом естественного отбора, который он сформулировал, в «борьбе за существование» выживают «наиболее приспособленные» особи. Хотя Дарвин приписывал человеку природную агрессивность, тем не менее признавал роль социальных воздействий в формировании нравственных качеств человека. Он подчеркивал свою веру в моральную и социальную эволюцию человека, осуществляемую благодаря социальным и культурным факторам.

Многие последователи Дарвина обратились к его теории эволюции органического мира, чтобы использовать ее как основу для объяснения социальных и социально-психологических явлений. На этой почве возник социальный дарвинизм, который делал акцент на «борьбе за существование» посредством меж-

личностных и межгрупповых конфликтов, хотя сам Дарвин был далек от такой мысли. Основателем социального дарвинизма является английский философ и социолог Спенсер, выступивший со своими собственными эволюционными идеями и предвосхитивший точку зрения Дарвина. Спенсер использовал дарвинизм, чтобы доказать превосходство одних социальных групп над другими. Исходя из этого, он оправдывал войны, политику колониализма и вообще любые действия, которые подразумевают конкуренцию или конфликт. Вслед за Спенсером многие мыслители второй половины XIX в. считали расовые, этнические, национальные и классовые различия людей функцией биологических факторов, обусловленных эволюционными процессами естественного отбора. Идеи социального дарвинизма развивают во Франции Фуле, Эспина, Вормс, Лапуж; в Англии — Баджот; в Австрии — Гумплович и Ратценхофер, в США — Фиске, Смолл, Самнер. Хотя позиции этих исследователей по многим вопросам были различны, все они исходили из того, что биологическое изменение является детерминантой изменения социального.

Большой вклад в формирование социально-психологического знания внес австрийский психолог, невропатолог и психиатр Фрейд. Будучи основоположником психоанализа и соответствующей научной школы, Фрейд в то же время оказал значительное влияние на развитие всех социальных наук в XX в. В отличие от многих психологов, считавших инстинкты основой социального поведения, Фрейд полагал, что инстинктивные импульсы человека приходят в конфликт с интересами общества. Все разнообразие инстинктов он сводил к двум группам: инстинкты, направленные на сохранение жизни (или сексуальные), и инстинкты смерти (или деструктивные), разрушающие жизнь. При этом общество рассматривалось как враждебная человеку сила, подавляющая его инстинктивные импульсы, результатом чего являются фрустрации. Фрейд признавал необходимость цивилизации, для того чтобы защитить людей от естественных опасностей и от уничтожения друг друга. Однако ограничение обществом агрессивных и сексуальных импульсов людей вызывает у них нежелательные черты характера. Фрейд обращался также к анализу природы групповых феноменов, исходя из своей концепции «либидо» (сексуальное влияние или в более широком смысле — жизненная энергия). По Фрейду, эмоциональные связи между членами группы основаны на идентификации и десексуализации «либидо», иначе говоря, сублимации. Имеется в виду бессознательный процесс, посредством которого сексуальная энергия трансформируется в несексуальную и социально приемлемую активность. Члены различных социальных групп идентифицируют себя с их лидерами, которые выступают в качестве идеалов — в образе отца. При этом социальные чувства оказываются «перевернутыми» чувствами враждебности, ибо идентификация с лидером, образом отца, есть защитная реакция, преобразующая испытываемые индивидом чувства враждебности в противоположные, социально приемлемые. Поэтому узы, связывающие лидеров и остальных членов группы, Фрейд считал чрезвычайно важными для поддержания групповой стабильности — более важными, чем связи членов группы друг с другом.

В целом для взглядов Фрейда характерна негативная оценка человеческой природы. Он полагал, что те или иные действия людей направляются главным обра-

зом примитивными неосознаваемыми импульсами. В то же самое время его концепции отличает негативная точка зрения на человеческое общество, которое по своей сущности неизбежно является причиной неудовольствия людей. По мнению Фрейда, именно в самой природе общества заложено стремление находящихся у власти лиц препятствовать свободному выражению импульсов людей, не имеющих власти. При этом он видел необходимость в такой социальной системе, которая могла бы регулировать проявления человеческой агрессивности. Несмотря на уязвимость многих положений психоаналитической теории Фрейда, она позволила по-новому подойти к объяснению ряда социально-психологических феноменов. На Западе уже более полувека фрейдизм выступает в качестве одной из главных философских основ социальной психологии. Фрейд был последним из крупных мыслителей, пытавшихся строить социально-психологическую теорию без соответствующего подкрепления эмпирическими данными. На рубеже XIX–XX вв. в развитии социальной психологии начинается новый период — исследователи обращаются к лабораторному эксперименту.

Американский психолог Триплетт обратил внимание на то, что велогонщики часто достигают гораздо лучших результатов в ситуациях непосредственного соревнования друг с другом, чем тогда, когда проходят свою дистанцию в одиночестве, ориентируясь лишь на секундомер. С целью верификации этих выводов он провел следующий эксперимент. Задача испытуемых (детей от 8 до 17 лет) состояла в том, чтобы наматывать леску на катушку спиннинга. В одной серии испытуемые были разбиты на пары и каждого из двоих просили работать быстрее, чем их оппонент. В другой серии испытуемые работали в одиночестве и их инструктировали наматывать леску так быстро, как только они могут. Триплетт обнаружил, что большинство детей работали быстрее в условиях соревнования друг с другом, чем в одиночестве. Его статья с изложением этих данных была опубликована в 1897 г. в «Американском психологическом журнале», а сам автор с тех пор приобрел репутацию первого экспериментатора в социальной психологии. Однако такое начало не привело сразу к заметному увеличению количества лабораторных экспериментов. Подавляющее число подобных работ было проведено социальными психологами в течение последних 40 лет.

Важной вехой на пути становления социальной психологии как науки явилась публикация в 1908 г. двух учебников — «Введение в социальную психологию» английского психолога Макдугалла и «Социальная психология» американского социолога Росса. Макдугалл развивал «гормическую» теорию поведения людей в группах (от греч. «горме», что означает «животный импульс» и переводится на многие языки как «инстинкт»). Поведение людей объяснялось на основе инстинктов, направляющих все живое к определенным, биологически значимым целям. Росс, находясь под сильным влиянием французской социально-психологической мысли, использовал концепцию подражания в качестве ключевого принципа при анализе социального поведения. Каждая из этих двух книг выдержала более 20 изданий и внесла важный вклад в развитие социальной психологии как самостоятельной науки.

Значительным событием для социальной психологии стало появление крупной работы двух социологов — американца Томаса и поляка (затем переехавше-

го в США) Знанецкого «Польский крестьянин в Европе и Америке». Их произведение состояло из 5 томов, выходивших в свет с 1918 по 1920 г. в США. Это был итог исследования, длившегося более 10 лет и посвященного приспособлению к новым условиям жизни польских крестьян, эмигрировавших в Америку. Впервые в качестве эмпирической основы исследования широко использовались личные документы (письма, биографический и автобиографический материал). Было обнаружено сильное влияние социальной группы на поведение и установки ее членов. Тогда Томас и Знанецкий определили социальную психологию как «научное исследование установок». С тех пор изучение установок прочно вошло в основную проблематику западной социальной психологии.

Первым в 1925 г. обратился к измерению установок американский социолог Богардус, который приобрел научную известность во многом благодаря своей шкале «социальной дистанции». Под социальной дистанцией он подразумевал степень приемлемости, которую выражает личность по отношению к представителю другой социальной группы. Богардус использовал свою шкалу с целью измерения и сравнения установок американцев к разным этническим группам. Это исследование повлекло за собой целый ряд работ, в результате которых были созданы различные шкалы для измерения установок.

Среди различных подходов, появившихся в 1920–1930-е гг., следует отметить социометрический метод Морено, уроженца Румынии, получившего высшее образование в Вене и с середины 1920-х гг. работавшего в США. Этот метод, обнародованный им в 1933 г., предназначался для измерения динамики межличностных отношений в группе. В соответствии с концепцией Морено, межличностные отношения, особенно предпочтения и неприятия, представляют собой главные характерные черты человеческой жизни. Социометрический метод позволяет получить картину предпочтений и неприятий среди членов группы. Эту картину можно представить графически в виде социограммы. Другой способ обработки данных — конструирование социометрических индексов, позволяющих дать количественное выражение социометрического статуса каждого члена группы и различных аспектов групповой структуры. С помощью социометрии получено немало важных данных о строении группы и ее функционировании. Постепенно социометрия превратилась в отдельное направление западной социальной психологии.

Среди выдающихся исследователей, оказавших большое влияние на формирование современной социальной психологии, необходимо назвать Левина, работавшего до 1933 г. в Германии, а затем эмигрировавшего в США. Левин привнес в социальную психологию концепции, экстраполированные из других наук. Из физики он заимствовал общее представление о «поле сил», а из математики — понятия топологии (отрасли знания, изучающей наиболее общие свойства геометрических фигур). Данные положения Левин использовал как основу для анализа индивидуального и социального поведения, поэтому система его взглядов называется «психологией поля» или «топологической психологией». В соответствии с теоретическим подходом Левина человек и его окружающая среда являются компонентами единого динамического поля, обладающего такими свойствами, как дифференцированность, изменчивость и атмосфера. Различные части этого поля взаимозависимы. Отсюда следует, что значение одиночного факта мож-

но понять лишь исходя из той позиции, которую он занимает в поле. Как отмечал Левин, каждый психологический факт зависит от состояния личности и в то же самое время обусловлен окружающей средой, хотя их сравнительная важность различна в различных случаях. Ярким примером его творчества является эксперимент (один из первых в социальной психологии групп), проведенный совместно с Липпиттом и Уайтом в 1938 г. Цель его состояла в изучении некоторых аспектов функционирования группы при различных типах групповой «атмосферы». Экспериментаторы организовали для десятилетних мальчиков «клубы», члены которых на добровольной основе занимались изготовлением театральных масок, сборкой моделей самолетов и т. д. Дети встречались периодически в течение нескольких недель. Исходя из цели эксперимента, взрослые руководители групп создавали в них атмосферу того или иного типа: «автократическую», «демократическую» или «laissez-faire» (полной свободы для принятия решений без какого-либо участия руководителя). Было установлено, что каждый из данных стилей руководства оказывает различное влияние на групповую «атмосферу». Значимость данного исследования состояла в том, что оно показало возможности экспериментирования в лаборатории на социальных системах маленького масштаба.

К концу 1930-х гг. социальная психология достигла своего наибольшего развития в США. В эти же годы начинает проявляться все более отчетливая тенденция привлечения социальных психологов к решению прикладных задач, главным образом в сфере деятельности индустриальных организаций. Впоследствии огромное влияние на развитие социально-психологического знания оказала Вторая мировая война. По заданиям нескольких военных ведомств США было проведено большое количество социально-психологических работ, охвативших широкий круг проблем. Можно отметить исследования лидерства, морального состояния войск, природы паники, первичных военных групп, отношений между представителями различных рас и культур, действия слухов с целью контроля над их распространением и ряда других проблем «психологической войны».

В последние десятилетия в США отмечается дальнейшее расширение сферы социально-психологических работ (и теоретических и прикладных), возникновение новых научных центров, увеличение выпуска дипломированных социальных психологов. Так, к 1970 г. секция социальной психологии и психологии личности стала самым многочисленным подразделением Американской психологической ассоциации. Социальные психологи составляли одну четверть всех университетских психологов. Выход в свет в 1968 г. пятитомного «Руководства по социальной психологии» считается важной вехой в ее развитии. Этот фундаментальный труд до сих пор выполняет свою роль наиболее полной энциклопедии социально-психологического знания. Его последнее дополненное издание вышло в свет в 1985 г.

В течение двух последних десятилетий наблюдается активизация социально-психологической науки в ряде стран Западной Европы. Все большее число исследователей начинают отходить от научных стандартов, заданных американской социальной психологией, демонстрируя свою теоретическую и методологическую самостоятельность. Начинается поиск альтернатив развития социальной психологии на иных, чем в США, основаниях. Стараясь преодолеть свойственный аме-

риканской социальной психологии «ползучий эмпиризм», делающий акцент на лабораторном эксперименте, европейские ученые провозглашают необходимость осуществления исследовательской работы, исходя из более широкого «социального контекста», который включал бы в себя актуальные проблемы современного общества. Настоящий этап развития социальной психологии как науки на Западе оценивается неоднозначно. Накоплен огромный эмпирический (в том числе экспериментальный) материал. Однако высказывается неудовлетворенность качеством теоретического его осмысления. В прикладной сфере социальная психология также не оправдывает многих ожиданий. Неслучайно в западных публикациях двух последних десятилетий порой говорится о «кризисе» социальной психологии. Однако современное состояние социальной психологии (даже если согласиться с термином «кризис») можно рассматривать как своеобразную болезнь роста. Социальная психология, несмотря на свою долгую предысторию, является молодой наукой.

Развитие отечественной социальной психологии. В России социальная психология развивалась под сильным влиянием марксизма. Лишь социолог Михайловский, которого можно считать основоположником отечественной социально-психологической мысли, был далек от марксистских воззрений. Заслуга Михайловского состоит в том, что он впервые обобщил опыт наблюдения и анализа массовой психологии, накопившийся в русской социологии, художественной литературе и публицистике. Будучи одним из теоретиков народничества, он стремился осмыслить психологические особенности народных масс в связи с революционно-освободительным движением в России. Широкое распространение получила его концепция «героев и толпы». Рассматривая толпу как «самостоятельное общественно-психологическое явление», Михайловский считал, что герой является порождением толпы, которая «выдавливает» (выдвигает) его в определенные моменты истории. Одним из главных психологических механизмов взаимодействия людей в толпе, по мнению Михайловского, выступает подражание толпы герою и взаимоподражание людей. При этом для массового поведения более характерно неосознанное подражание, чем осознанное, что объясняется легкой внушаемостью масс, их податливостью силе личности героя. Несмотря на марксистскую критику взглядов Михайловского, они оказали существенное влияние на дальнейшее развитие отечественной социально-психологической мысли.

Значительный вклад в разработку ряда проблем социальной психологии внес Плеханов, революционер и мыслитель, основатель социал-демократического движения в России. С позиций исторического материализма он дал определение понятия «общественная психология», рассматривая ее как конкретно-историческое и классовое явление. Плеханов показал место и роль общественной психологии в социальной структуре общества. Раскрывая закономерности формирования общественной психологии, он исходил из материалистического принципа социальной обусловленности общественного сознания.

Вскоре после установления в России советской власти в октябре 1917 г. марксизм становится единственной методологической основой психологической науки. В своих поисках в области социальной психологии отечественные исследователи старались в той или иной степени следовать идеологическим и мето-

дологическим требованиям советской системы. В 1920-е гг. выходит ряд публикаций по вопросам социальной психологии, авторами которых были представители различных наук — психологи Корнилов, Артемов, Беляев, Блонский, психолог и философ Челпанов, зоопсихолог Вагнер, невропатолог и психиатр Бехтерев, юрист Рейснер, филолог Войтоловский. Этот период характеризуется острыми дискуссиями о предмете социальной психологии, ее теоретических и методологических основах. Предпринимаются отдельные попытки построения системы социально-психологических взглядов (Бехтерев, Рейснер, Войтоловский).

Следует особенно отметить труды Бехтерева, проявлявшего интерес к разработке вопросов социальной психологии еще в конце прошлого века, когда он обратился к анализу роли внушения в общественной жизни. Провозглашая объективные методы единственно возможными при изучении психики, Бехтерев соответствующим образом подходил и к явлениям социальной психологии. Групповую психику Бехтерев рассматривал как совокупность «сочетательных рефлексов» (синоним условного рефлекса по его терминологии). Свое понимание социально-психологических явлений он представил наиболее полно в книге «Коллективная рефлексология». Здесь Бехтерев дает характеристику различных социальных групп, выступает с оригинальной классификацией коллективов, правда, использует этот термин очень расширительно. При объяснении социально-психологических явлений он обращается к основным законам физики исходя из своей идеи об универсальности последних. Таким образом, законы психологии масс сводятся к физическим законам. Неудивительно, что концепция «коллективной рефлексологии» сразу же и вполне обоснованно подверглась критике за «механистический материализм». Занимаясь изучением взаимодействия и взаимовлияния членов коллектива, Бехтерев первым в отечественной социальной психологии обратился к эксперименту. Задача экспериментов, проведенных им совместно с Ланге, состояла в том, чтобы сравнить характеристики психических процессов (восприятия, памяти, мышления и других) в условиях групповой работы и деятельности изолированных друг от друга индивидов. Сопоставление полученных данных показало существенное влияние группы на особенности психической деятельности ее членов. Были выявлены также половые, возрастные, образовательные и природные различия сдвигов психических процессов в условиях групповой работы. Так, в частности, обнаружилось, что группа может стимулировать психическую деятельность одних своих членов и в то же самое время тормозящим образом влиять на других. Результаты этих экспериментов, опубликованные в 1924 г., получили широкую известность за рубежом и считаются важной вехой развития социальной психологии.

Большое внимание уделялось в 1920-е гг. проблемам детских, ученических коллективов, которые рассматривались не только в педагогическом, но и в социально-психологическом аспекте (Аркин, Беляев и др.). В ряде публикаций рассматривались вопросы социальной психологии труда, управления организациями (Витке, Гастев, Керженцев и др.). Начинались поиски методов социальной психологии.

Однако период конца 1920-х—начала 1930-х гг. характеризуется свертыванием и затем полным прекращением социально-психологических работ. Отечественным исследователям не удалось обосновать необходимость развития «марксистской со-

циальной психологии». Логика ее противников была такова: поскольку в соответствии с марксизмом сознание человека есть общественный продукт и человеческая психика социальна, то и психология является наукой социальной. Отсюда следует, что нет никакой необходимости в выделении какой-то особой социальной психологии. Такая точка зрения господствовала в СССР почти тридцать лет — до конца 1950-х гг. В Большой советской энциклопедии хорошо представлено сложившееся к этому времени официальное отношение к социальной психологии. В 1957 г. она характеризуется как «одна из ветвей буржуазной психологии», которая «подменяет исторический анализ общественных явлений их психологическим объяснением».

Таким образом, период начала 1930-х — конца 1950-х гг. не без основания можно считать временем перерыва в развитии отечественной социальной психологии. Достойны упоминания лишь труды педагога и писателя Макаренко, в течение 15 лет руководившего организациями по перевоспитанию несовершеннолетних правонарушителей. Практическая деятельность Макаренко послужила основой для его «теории и методики коммунистического воспитания в коллективе». Главной целью советского воспитания он считал формирование коллективиста, провозглашая приоритет коллектива над личностью. При этом одной из важных задач является воспитание потребностей «коллективиста». Основная позиция Макаренко состояла в том, что личный интерес человека — это «правильно понятый общественный интерес». Взгляды Макаренко как нельзя лучше соответствовали идеологии марксизма-ленинизма и оказали большое влияние на советскую педагогику и социальную психологию. В период с начала 1950-х и до середины 1980-х гг. эти идеи не подлежали какой бы то ни было критической оценке. Лишь в наше время систему взглядов Макаренко стали называть концепцией «тотального коллективизма».

Новый этап в развитии отечественной социальной психологии наступил в конце 1950-х гг., в период так называемой «оттепели», когда на волне общественно-политических перемен, охвативших страну, советское руководство допустило некоторую либерализацию научной сферы. По существу это было время возрождения в СССР социальной психологии как науки. В своих статьях, опубликованных в 1959 г., ряд ленинградских ученых (Ананьев, Ковалев, Парыгин) выступили с критикой нигилистического отношения к этой отрасли научного знания. Обосновывалась не только возможность, но и необходимость разработки социальной психологии на марксистской основе. В начале 1960-х гг. заметным явлением в психологической среде стала дискуссия о предмете социальной психологии, развернувшаяся на страницах журнала «Вопросы психологии». Здесь выступили такие инициаторы развития отечественной социальной психологии, как Баранов, Парыгин, Кузьмин, Шорохова, Мансуров, Платонов.

Важным событием для этой отрасли знания было создание в 1962 г. первой в стране лаборатории социальной психологии в Ленинградском государственном университете (под руководством Кузьмина). Первые отечественные монографии по социальной психологии на данном этапе ее развития также вышли в свет в Ленинграде (книги Парыгина «Социальная психология как наука» и Кузьмина «Основы социальной психологии»). В них рассматривался широкий круг про-

блем истории, методологии и теории социальной психологии. В работе Кузьмина приводились данные первых эмпирических исследований групп и коллективов, полученные сотрудниками лаборатории социальной психологии. Новый для отечественной науки круг проблем социальной психологии личности был представлен в монографии Бодалева «Восприятие человека человеком».

Известно, что важным моментом становления любой науки является организация подготовки соответствующих специалистов. Первые в стране кафедры социальной психологии открываются в 1968 г. в Ленинградском университете (под руководством Кузьмина) и в 1972 г. в Московском университете (под руководством Андреевой). Начинается подготовка дипломированных специалистов по социальной психологии. В 1980 г. выходит первый учебник для студентов вузов — «Социальная психология» Андреевой, выдержавший к настоящему времени несколько изданий.

В последующие годы отечественные социальные психологи проводят свою работу в различных сферах общественной жизни. Публикуются материалы исследований, проведенных на промышленных предприятиях, в учреждениях государственного управления, школах, вузах, спортивных коллективах, центрах искусства и культуры, организациях системы здравоохранения. Расширяется также масштаб практического использования социально-психологических знаний.

Контрольные вопросы

1. Какой информацией пользовались ученые на этапе социальной философии для развития социально-психологического знания?

❶ ученые проводили эмпирические исследования с использованием различных методик;

❷ ученые опирались только на личный опыт;

❸ ученые анализировали данные эмпирических исследований, проведенных коллегами;

❹ ученые проводили социально-психологические опросы.

2. Первые лабораторные социально-психологические эксперименты были проведены:

❶ в начале XIX в.;

❷ в середине XIX в.;

❸ в конце XIX в.;

❹ в начале XX в.

3. Первым в России дал определение понятия «общественная психология»:

❶ Михайловский;

❷ Плеханов;

❸ Бехтерев;

❹ Макаренко.

Глава 6

МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Этапы социально-психологического исследования. Первое, с чего необходимо начинать социально-психологическое исследование, — это составление его программы, включая и соответствующий план работы.

Первый шаг на данном пути состоит в выборе темы исследования. Желательно определить эту тему как можно более четко. Выбор той или иной темы бывает обусловлен собственным опытом исследователя или его контактами с коллегами, включая чтение специальной литературы. Порой исследователь задумывается над какой-либо теорией, которая, как ему кажется, недостаточно объясняет определенные факты, и принимает решение внести туда бóльшую ясность.

Теория — это система положений, объясняющих, каким образом и почему те или иные явления связаны между собой. Как отмечает американский психолог Франзой, самый главный вопрос для исследователя состоит в том, насколько точно данная теория может предсказать поведение. Кроме того, необходима «внутренняя согласованность» теории, т. е. не должно быть никаких логических несоответствий теоретических идей. Третья черта хорошей теории заключается в том, что она должна быть экономичной, иначе говоря, содержать только те принципы или положения, которые необходимы для объяснения рассматриваемого феномена. Наконец, четвертым и самым важным свойством хорошей теории является ее фертильность (плодородие) — способность захватывать воображение ученых в такой степени, что идеи этой теории находят проверку и распространение при объяснении широкого разнообразия социального поведения.

Далее осуществляется поиск соответствующей научной литературы и ее анализ. Это делается для того, чтобы получить информацию об исследованиях или содержании научных трудов, посвященных рассматриваемой проблематике. Анализ этих данных позволяет наметить ход предстоящего исследования. Во многих случаях первый и второй этапы последовательной работы трудно отделить друг от друга. Так, порой психолог не может точно сформулировать тему своего исследования, пока не осуществит соответствующий литературный поиск. Когда информация, относящаяся к изучаемой теме, освоена исследователем в достаточной степени, он обращается к формулированию гипотез. Под гипотезой имеется в виду вытекающее из теории предположение для предварительного объяснения

явлений. Гипотезы представляют собой логическое следствие определенной теории. Исследователю необходимо формулировать такие гипотезы, которые затем можно проверить эмпирически.

Следующий этап — выбор исследовательского плана. Обычно выделяют два основных типа исследований, используемых в социальной психологии, — корреляционный и экспериментальный. Они различаются по характеру организации. Корреляционное исследование направлено на выявление взаимосвязи между двумя или большим количеством факторов. При этом исследователь не пытается манипулировать ни одним из этих факторов. В ситуации эксперимента он собирает данные с целью проверки своих гипотез в условиях, которые им контролируются. Таким образом, он имеет возможность манипулировать некоторыми факторами этой ситуации.

Выбор между корреляционным и экспериментальным планом зависит от того, где исследователь намерен проводить сбор информации: в обстановке естественной среды (в «поле») или в лаборатории, где окружающая среда контролируется. Большая часть лабораторных исследований проводится с помощью экспериментального метода. Большая же часть полевых исследований — корреляционные. По данным американских авторов, эксперимент сейчас используется примерно в 75% социально-психологических исследований. Подавляющая часть оставшихся 25% приходится на долю корреляционного метода. В отечественной социальной психологии сравнительно с американской соотношение между экспериментальным и корреляционными исследованиями выглядит скорее противоположным образом.

Завершив работу по определению плана исследования и его подготовке, можно приступать к сбору первичной информации. Есть три основных метода сбора данных: наблюдение, опросы и анализ различного рода документации (контент-анализ). Прямое наблюдение за различными поведенческими реакциями людей широко используется в экспериментальных исследованиях. Применение корреляционного метода обычно основано на данных опросов в форме анкет или интервью, а также документальной информации, содержащейся, например, в газетных и журнальных статьях, материалах судебных дел, переписей населения.

После того как собраны первичные данные, исследователь обращается к их анализу. В современной социальной психологии этот этап требует знания статистических процедур и компьютерных программ. Итогом указанной выше работы является научный отчет.

Корреляционное и экспериментальное исследования. *Корреляционное исследование* предназначено для того, чтобы оценить взаимоотношение между двумя и более факторами, которые называются «переменными». Эти факторы не контролируются исследователем. Корреляционное исследование направлено на выявление того, есть ли связь между переменными. Когда одна переменная изменяет свою величину, что происходит с величиной другой переменной? Преимущество данного исследовательского подхода состоит в том, что он дает информацию о направлении и силе взаимосвязи между двумя переменными. Направление взаимосвязи между переменными A и B говорит исследователю, как они связаны (пози-

тивно или негативно). Сила этой взаимосвязи может рассматриваться как степень точности, с которой вы можете предсказать величину какой-либо одной переменной, зная величину другой. Направление и сила взаимосвязи между двумя переменными характеризуются статистическим критерием, называемым коэффициент корреляции (*r*). Этот коэффициент может ранжироваться от +1,00 до –1,00. Так, в случае, если переменная А высока и переменная В высока, можно говорить о позитивной корреляции. Если переменная А высока, а переменная В низка, то мы имеем дело с негативной корреляцией. Наконец, если величина В никак не связана с величиной А, говорится об отсутствии корреляции.

В социально-психологических исследованиях полная корреляция не встречается. Здесь коэффициент корреляции редко превышает +0,60. Корреляции от +0,50 до +0,60 рассматриваются как сильные, те, которые находятся между +0,30 и +0,50, — как умеренно сильные, ниже +0,30 или +0,20 — как довольно слабые. Главная причина, по которой корреляция в социально-психологических исследованиях редко превышает +0,60, состоит в том, что всегда имеется ряд факторов, детерминирующих поведение людей, их мнения и оценки.

Обращение исследователя к математической обработке данных предоставляет ему возможность использования различных подходов к вычислению коэффициента корреляции. В социально-психологических исследованиях широко используется коэффициент ранговой корреляции Спирмена (*rs*), так как он отличается универсальностью и простотой. Универсальность коэффициента ранговой корреляции состоит в том, что его можно применять к любым количественно измеренным или ранжированным данным. Простота этого метода позволяет вычислять корреляцию «вручную». Приведем пример корреляционного исследования.

Изучая особенности понимания роли мастера в производственной организации, Свенцицкий и Гительмахер получили множество оценочных суждений, данных работниками, находящимися на различных иерархических уровнях. Исследователи поставили вопрос о связи между оценками мастера «снизу» (рабочими), «сверху» (руководством цеха) и самооценкой данного мастера. Оценивались, например, такие качества личности мастера, как требовательность, настойчивость, уравновешенность, доброта, скромность, дисциплинированность, справедливость, оптимизм и др.

Обнаружена положительная корреляционная зависимость между самооценкой мастера и оценкой его рабочими (*rs* = +0,39). Положительная, но менее устойчивая связь была между самооценкой мастера и оценкой его вышестоящими руководителями (*rs* = +0,33). Ниже всего оказалась величина коэффициента корреляции между оценками мастера руководством цеха и рабочими (*rs* = +0,18).

Полученные коэффициенты корреляции можно интерпретировать следующим образом. Известны данные о связи между самооценкой личности и ее оценкой со стороны группы. Однако эта связь проявляется не во всех случаях. Самооценка любой личности не обязательно основывается на системе ценностей именно данной группы, в состав которой эта личность официально входит. Рассматриваемая самооценка может быть производной от других социальных ролей, связанных

с принадлежностью этой личности к другой группе, являющейся референтной (т. е. наиболее значимой) для нее. Поскольку самооценка мастера в несколько большей степени связана с оценками «снизу», чем с оценками «сверху», можно сделать вывод, что в данном случае рабочие участка играют для мастера более референтную роль, чем цеховые руководители. Что касается весьма низкого коэффициента корреляции между оценками мастера, данными рабочими и руководителями цеха, то это несоответствие уже отмечалось в исследованиях, проведенных сотрудниками кафедры и лаборатории социальной психологии Ленинградского университета (Свенцицкий). Еще раз подтверждается сделанный ранее вывод: рабочие и руководители цеха пользуются неодинаковыми основаниями при оценке мастера как официального руководителя. Так, по сравнению с руководителями рабочие более дифференцированно подходят к оценке личности мастера. Они воспринимают своего мастера не только сквозь призму его деловых качеств, но главным образом в зависимости от его отношения к членам бригады.

Таким образом, был получен ряд выводов об особенностях восприятия и понимания личности и деятельности мастера в зависимости от социально-демографических и ролевых характеристик субъектов и объектов оценки.

Оценивая достоинства и недостатки корреляционного исследования, отметим следующее. Такой тип исследования особенно эффективен тогда, когда речь идет о сборе большого числа данных. Результаты корреляционного исследования часто служат питательной почвой для идей и гипотез, которые более детально могут быть изучены экспериментальным путем. Главный недостаток корреляционного исследования состоит в том, что оно не позволяет окончательно определить причину взаимосвязи между двумя переменными. При проведении эмпирического исследования кроме знания силы и направления взаимосвязи крайне ценной является информация о том, какая именно переменная вызвала изменения другой.

Экспериментальное исследование направлено на то, чтобы выявить взаимосвязь причины и следствия. Исследователь, проводящий эксперимент, манипулирует какой-либо переменной, предъявляемой испытуемым, и затем наблюдает этот эффект применительно к другой переменной, с которой не производится никаких манипуляций. Переменная, которой манипулируют, называется *независимой переменной*. Именно она подвергается экспериментальной проверке как возможная причина изменений, которые могут произойти с другой переменной. Другая переменная, которая изменяется, рассматривается как эффект манипулируемых изменений с независимой переменной и называется *зависимой переменной*. После того как испытуемые подверглись воздействию независимой переменной, исследователь каким-либо образом собирает информацию об их поведенческих и вербальных реакциях, чтобы определить, влияет ли эта переменная предполагаемым образом на независимую переменную. Если это именно так, исследователь может на экспериментальной основе заключить, что независимая переменная является причиной изменений зависимой переменной.

В качестве примера обратимся к исследованию Семеновой, проведенному в студии телевидения и посвященному выявлению роли социального статуса коммуникатора на восприятие информации реципиентами. Задача эксперимента состояла в том, чтобы установить характер влияния социального статуса коммуникатора

(независимая переменная) на отношение к его сообщению (зависимая переменная). Данный эксперимент по своей форме носил естественный характер. На телестудию были приглашены желающие совершить экскурсию. До ее начала этим людям (без специального предупреждения, под удобным предлогом) показывалась видеозапись экспериментального выпуска «Теленовостей». Экскурсанты полагали, что смотрят передачу, транслируемую в эфир. Одно из сообщений выпуска, а именно информацию о спуске нового судна, читал диктор студии в гриме, но перед каждой новой группой экскурсантов его представляли по-разному: то в качестве ученого, то в качестве журналиста, то как генерального конструктора завода, то как бригадира отличившейся бригады. Грим во всех случаях был одинаков. Постоянным оставалось и содержание сообщения. Численность экспериментальных групп колебалась от 20 до 30 человек. Всего выборка испытуемых насчитывала 667 человек (из них мужчин — 291, женщин — 376). В состав испытуемых входили рабочие, служащие, инженерно-технические работники, интеллигенция. После просмотра выпуска «Телевизионных новостей» испытуемым объясняли истинную цель их приглашения на студию и предлагались анкеты для заполнения.

Полученные данные подтвердили предположение о том, что социальный статус коммуникатора оказывает влияние на отношение испытуемых к его сообщению. Во-первых, на признание значимости для испытуемых того или иного социального статуса коммуникатора влияет близость социальных категорий коммуникатора и аудитории. Так, для рабочих высокозначимым оказалось сообщение «бригадира», для интеллигенции — сообщение «ученого». Для рабочих, служащих и частично инженерно-технических работников более велико влияние социального статуса коммуникатора на формирование определенного (в данном случае положительного) отношения к содержанию сообщения. Среди лиц этих категорий наблюдается совпадение интереса к сообщению и его одобрения со значимостью социального статуса коммуникатора. Результаты корреляционного анализа показали, что в ряде случаев между оценками коммуникатора и запоминанием переданной им информации отмечается тесная связь (коэффициент корреляции *rs* порой доходит до +0,88). Эти данные позволили также вывести заключение, важное для практики, а именно: у определенной части аудитории посредством выбора коммуникатора можно вызывать соответствующее отношение к передаваемой им информации.

Главное преимущество лабораторного эксперимента состоит в том, что обе переменные могут быть хорошо проконтролированы. Если эксперимент проведен с надлежащей точностью, то любое несоответствие в реакциях испытуемых, находящихся в различных обстоятельствах, должно быть обусловлено именно различиями этих обстоятельств.

Заключая рассмотрение корреляционного и экспериментального исследований, отметим, что каждое из них имеет свои сильные стороны, в ряде случаев оба типа исследований могут выступать как взаимодополняющие. Корреляционное и экспериментальное исследования характеризуют в первую очередь особенности организационного плана, которым может руководствоваться социальный психолог в поисках новых научных данных. Сбор первичной информации может при этом осуществляться посредством ряда методов. Имеются три основных мето-

да сбора первичных эмпирических данных — наблюдение, опросы и анализ документов. Все другие «методы» или методики, как бы они ни назывались, являются лишь различными производными от них. Однако, как отмечает Ядов, техника применения методов сбора первичной информации столь многообразна, что некоторые модификации приобрели статус самостоятельных методов. Например, тестирование имеет свои традиции использования в социальной психологии. По форме тестирование — это стандартизированный опрос с целью получения определенной информации о личности, ее оценки и соответствующего отбора. Указанные методы сбора первичной информации имеют междисциплинарный характер и в различных модификациях используются в социальных исследованиях для получения эмпирических данных представителями различных наук — педагогами, психологами, социологами, экологами, экономистами, этнографами, юристами.

Наблюдение. Древнейшим научным методом, к которому обратился человек для познания окружающего мира, является наблюдение. Это преднамеренное и целенаправленное восприятие явлений окружающей среды с целью сбора данных определенного рода. В социальной психологии метод наблюдения издавна используется с целью изучения человеческого поведения, включая групповые процессы. При этом наблюдение применимо как в лабораторных условиях, так и в естественной социальной среде. В первом случае имеется в виду экспериментальное исследование, когда для группы создаются искусственные условия и задача наблюдателя состоит в том, чтобы фиксировать реакции членов группы в этих условиях (нередко с помощью различных технических средств).

В лабораторном эксперименте, например, поведение может регистрироваться посредством категорий, которые разработал американский психолог Бейлз при анализе процессов взаимодействия в группе. Он выделил стандартизированный набор категорий для классификации особенностей взаимодействия в группе независимо от ее состава и функций. Данные категории являются взаимоисключающими, представляя в совокупности логически исчерпывающую систему возможного взаимодействия членов группы (рис. 15). Задача наблюдателя, вооруженного этой системой категорий, состоит в том, чтобы классифицировать каждый поведенческий акт члена группы в соответствии с одной из данных двенадцати категорий. Единицей наблюдения, по Бэйлзу, является «малейший различимый сегмент вербального или невербального поведения, который может классифицировать наблюдатель». Так, простое предложение является отдельной единицей наблюдения, сложное предложение всегда содержит более чем одну единицу наблюдения. Поскольку невербальное поведение является непрерывным и не может быть легко разбито на отдельные единицы, то наблюдателю предписывается оценивать поведение каждого члена группы в интервале одной минуты и так далее в течение всего процесса взаимодействия в группе. Для получения детальной картины взаимодействия в группе требуется не один, а несколько наблюдателей, сферы внимания которых разделены определенным образом.

В тех случаях, когда используется ряд категорий, в соответствии с которыми фиксируются реакции индивидов, наблюдение называется стандартизированным (или структурным). Порой такая исследовательская техника называется контро-

Социально-эмоциональная сфера: позитивные реакции	A	1. Проявляет солидарность, поддерживает других, помогает, поощряет 2. Чувствует себя свободно, шутит, смеется, проявляет удовлетворение 3. Соглашается, пассивно повинуется, понимает, уступает другим	
Сфера решения задачи: попытки найти ответы	B	4. Советует, указывает, учитывая автономию других 5. Высказывает мнение, оценивает, анализирует, выражает чувства, желания 6. Ориентирует, информирует, повторяет, объясняет, подтверждает	
			a b c d e f
Сфера решения задачи: вопросы	C	7. Просит ориентировать, информировать, повторить, подтвердить 8. Спрашивает о чужом мнении, оценке, выражении чувств по поводу своего поведения 9. Просит предложений, указаний о возможных путях действий	
Социально-эмоциональная сфера: негативные реакции	D	10. Не соглашается, пассивно отвергает, действует формально, не оказывает помощи 11. Проявляет напряженность, просит о помощи, уклоняется от совместных действий 12. Проявляет антагонизм, унижает других, защищает или утверждает себя	

Рис. 15. Система категорий, используемых при наблюдении за процессами взаимодействия в группе (*по Бейлзу*)

лируемым наблюдением. Главное отличие этой техники от наблюдения неконтролируемого состоит в том, что в последнем случае исследователь руководствуется лишь самым общим планом. При этом главная исследовательская задача — получить впечатление о той или иной ситуации в целом. Поэтому неконтролируемое наблюдение обычно используется на начальных стадиях исследования с целью уточнения темы, выдвижения гипотез, определения возможных типов поведенческих реакций для последующей их стандартизации. Контролируемое наблюдение, наоборот, обычно используется как основной метод сбора первичной информации.

Главный недостаток метода наблюдения (особенно в лабораторных ситуациях) состоит в том, что присутствие исследователя влияет на поведение изучаемых им лиц. Это обстоятельство надо принимать в расчет при регистрации и интерпретации данных, собранных подобным образом. Чтобы минимизировать влияние на-

блюдателя, иногда испытуемые помещаются в специальную комнату с односторонним ви́дением (метод Гезелла). Такая комната хорошо освещена и отделена большим зеркалом без закрашенной амальгамы от другой комнаты, погруженной в темноту, где находится наблюдатель. Испытуемые видят лишь зеркало, а наблюдатель может видеть все, что происходит в освещенной комнате. Скрытые в ней микрофоны позволяют также воспринимать слова и шумы.

Особыми преимуществами обладает наблюдение в естественной среде (полевое). При этом люди, выступающие объектами наблюдения, заняты своей повседневной деятельностью, не подозревая о проявлении к ним исследовательского внимания. Например, наблюдение за ходом митинга может иметь целью фиксацию ответов выступающих на определенные заявления, сделанные другими участниками митинга. В качестве примера использования полевого наблюдения обратимся к работе Никифорова, который изучал межличностное общение в двух киносъемочных группах. В период создания фильма наблюдатель находился на съемочной площадке, но присутствие одного-двух не занятых непосредственно в съемке лиц здесь привычно и не вызывает отклонений от естественного поведения всех участников данной ситуации. На основе предварительного неконтролируемого наблюдения в первые съемочные дни, а также ряда интервью были выделены определенные единицы наблюдения и разработана стандартизированная схема для фиксации данных. Были выявлены особенности межличностного общения в двух киносъемочных группах. Обнаружено также, какие именно конкретные действия участников киносъемки вызывают дисфункциональное межличностное напряжение в группе, к каким последствиям это приводит и каковы пути решения данной проблемы.

При полевом исследовании ценную информации можно получить, используя предложенное Кузьминым наблюдение в значимых ситуациях. Такой прием требует предварительной работы исследователя по выявлению действительно значимых для изучаемой группы ситуаций. В производственной группе, например, это может быть наблюдение за реакциями на изменение норм выработки, сверхурочные работы, приход нового руководителя и т. д.

Как уже отмечалось, одной из главных трудностей, которую необходимо преодолеть при использовании метода наблюдения, является непроизвольное влияние наблюдателя на людей, выступающих в качестве объектов исследовательского интереса. Подобное влияние отсутствует при использовании так называемого включенного (участвующего) наблюдения. При этом экспериментатор включается инкогнито в группу интересующих его лиц как равноправный член.

Первым известным случаем использования включенного наблюдения является исследование американского социолога Андерсона, собравшего в начале 20-х гг. XX в. в США большой материал о жизни бродяг. Сам исследователь некоторое время бродяжничал, т. е. вел такой же образ жизни, как люди, оказавшиеся на дне общества, за которыми он наблюдал.

Своеобразным ориентиром в американских социальных исследованиях считается работа, проведенная Гоффманом в одной из психиатрических клиник. Он использовал включенное наблюдение, чтобы посещать больничные палаты и выявить картину повседневной жизни персонала клиники и ее пациентов. Поскольку

большая часть литературы о пациентах психиатрических клиник написана с точки зрения медиков, Гоффман рассудил, что она имеет характерную предвзятость, и выдвинул гипотезу, что обстановка клиники является важным параметром в сознании пациента. Он предположил, что в любой группе лиц, живущих в контролируемой замкнутой среде, будет развиваться своеобразная скрытая, закулисная жизнь. Гоффман хотел исследовать эту «скрытую» жизнь и описал различные способы, которые используют пациенты, чтобы лично контролировать свой образ жизни, прибегая для этого к сделкам с персоналом клиники и его обману. Гоффман предпринял попытку показать, что традиционные взаимоотношения между врачом и пациентом не могут сохраниться в реальных условиях госпитализации.

Исследователь устроился на работу в психиатрическую клинику преподавателем лечебной физкультуры и получил возможность легко и ненавязчиво общаться с пациентами и персоналом. Среди пациентов его особенно интересовали те, которые госпитализировались неоднократно. То, что Гоффман выступает в роли исследователя, было известно лишь нескольким лицам из администрации. В течение целого года он проводил свои наблюдения. Итогом стали исследовательские данные о том, как социальные взаимоотношения в подобных учреждениях влияют на образ Я пациента и на уход за ним.

У нас метод включенного наблюдения использовал Ольшанский, изучавший социальные ценности в рабочих бригадах. Исследователь в течение нескольких месяцев проработал на одном из московских заводов слесарем-сборщиком. Личный опыт и производственная квалификация позволили Ольшанскому войти в коллектив цеха в качестве рядового рабочего. Ему удалось быстро установить дружеские отношения с рабочими, бывать у них дома и т. д. Они не подозревали, что имели дело с исследователем. Другие члены исследовательской группы опрашивали рабочих посредством анкетирования. Полученные при этом данные дополнялись материалами включенного наблюдения.

К этому методу обращался также Алексеев на разведывательном этапе изучения проблем сельской молодежи. Ему довелось быть рабочим-арматурщиком на строительстве стеклотарного завода в одном из украинских сел. Эта работа не требовала особой профессиональной подготовки. Исследователь выступал в роли сезонника, преследующего материальный интерес и решившего поработать половину своего отпуска, чтобы во второй половине как следует отдохнуть. Задача наблюдения состояла в том, чтобы уловить общую атмосферу, настроение коллектива строителей, язык и стиль повседневного общения, отношение к труду, выраженное в поступках, а не в словесных заявлениях, и т. п. Материалы включенного наблюдения позволили подтвердить и уточнить гипотезы исследования, выдвинуть ряд дополнительных. Они также использовались при разработке вопросника для интервью, куда были включены тестовые и ситуационные вопросы, учитывающие конкретную обстановку.

Наряду с очевидными преимуществами включенного наблюдения, дающего исследователю возможность посмотреть «изнутри» на изучаемую им совокупность лиц, нельзя не отметить и возникновения существенных проблем при использовании этого метода. Прежде всего здесь требуется определенное искусство со стороны наблюдателя, который должен естественным образом, не вызывая никаких

подозрений, войти в круг изучаемых им людей. При этом возникает опасность непроизвольной идентификации наблюдателя с позициями исследуемой популяции. Иначе говоря, наблюдатель может в такой степени вжиться в роль члена изучаемой группы, что рискует стать скорее ее сторонником, нежели беспристрастным исследователем. Использование включенного наблюдения порождает определенные моральные проблемы. С этической точки зрения считается весьма уместным для наблюдателя по окончании исследования раскрыть свою подлинную научную роль (Алексеев).

Основное достоинство метода наблюдения состоит в том, что он позволяет получать сведения о реальном поведении людей в тот самый момент, когда данное поведение осуществляется. Ограниченность этого метода обусловлена невозможностью проводить наблюдение (тем более стандартизированное) за большими группами лиц. Кроме того, использование наблюдения требует больших затрат времени. Обычно этот метод в социально-психологическом исследовании применяется в сочетании с другими методами сбора первичной информации.

Методы опроса. Опросы относятся к числу наиболее распространенных методов сбора первичной информации в социально-психологических исследованиях. Цель опроса состоит в получении информации об объективных и (или) субъективных (мнения, настроения) фактах со слов опрашиваемых (респондентов).

Сбор первичной информации путем опросов получил сравнительно широкое распространение среди социологов, экономистов, этнографов и психологов еще в прошлом веке. Все разнообразие методов опроса можно свести к двум основным типам: 1) опрос «лицом к лицу» — интервьюирование; 2) заочный опрос — анкетирование.

Интервью представляет собой вербальное взаимодействие, в котором один человек (интервьюер) стремится получить информацию от другого человека (опрашиваемого, респондента) или группы лиц. В случае применения группового интервью несколько человек обсуждают поставленные интервьюером вопросы. Такое интервью обычно используется как способ сбора информации о мнениях, настроениях, установках группы в целом и может служить источником гипотез.

Анкета — вопросник, составленный определенным образом в соответствии с целями исследования. Используемая в заочном опросе анкета предназначена для самостоятельного заполнения и распространения по почте, через массовую печать, при помощи специальных людей — анкетеров.

Одним из первых обратился к анкете в психологическом исследовании Гальтон с целью изучения происхождения умственных качеств и условий развития ученых. На вопросы его подробной анкеты ответили 100 крупнейших английских ученых второй половины XIX в. Полученные данные были проанализированы и изложены Гальтоном в монографии «Английские люди науки, их природа и воспитание». Пионерами применения анкетного метода в психологии являлись также Бине во Франции и Холл в США, основные работы которых относятся к концу XIX — началу XX в. Бине прибегал к анкетированию для исследования интеллекта детей, а Холл — для изучения психологических особенностей детского и юношеского возраста. В это же время анкетный опрос как метод психологических и педагогических исследований стал применяться и в России.

Устный опрос является методом, традиционным для психологических исследований, и издавна используется психологами различных научных школ и направлений. Во всяком случае, даже исследователи, старающиеся базировать свои выводы на экспериментальных данных, порой вынуждены в той или иной мере прибегать к получению дополнительной информации со слов испытуемых.

Обширная практика использования опросов в разнообразных формах показывает, что они дают исследователю информацию, которую невозможно получить иным образом. Однако опросам как методам сбора первичной информации свойственна и известная ограниченность. Их данные во многом основаны на самонаблюдении опрашиваемых. Они нередко свидетельствуют, даже при условии полной искренности со стороны опрашиваемых, не столько об их подлинных мнениях и настроениях, сколько о том, какими они их изображают. В то же время существует множество таких социально-психологических явлений, изучение которых невозможно без использования опросов. Так, получение информации о мнениях, чувствах, мотивах, отношениях, интересах чаще всего осуществляется посредством опросов в той или иной форме. При этом данные опросов могут отражать явления, относящиеся не только к настоящему времени, но также к прошедшему и будущему. Глубина, полнота и достоверность ответов зависят от способности опрашиваемого наблюдать за самим собой и адекватно излагать переживаемое.

Общепризнанная среди психологов точка зрения состоит в том, что данные самонаблюдения представляют собой важный материал для исследователя. Рубинштейн подчеркивает: «Высказывания субъекта — показания его самонаблюдения — должны быть взяты не как совокупность положений, заключающих в себе готовую истину о субъекте, а как более или менее симптоматические проявления, истинная природа которых должна быть выявлена исследователями в результате их сопоставления с соответствующими объективными данными».

Имеющийся опыт проведения социально-психологических исследований показывает, что опросы могут играть позитивную роль при условии сопоставления полученной информации с результатами анализа данных официальной и личной документации, материалов наблюдения. Необходимо только избегать абсолютизации методов опроса, использования их там, где нужны другие методы сбора первичной информации. Область применения опросов в социально-психологических исследованиях довольно обширна. Так, на ранних стадиях исследования с целью уточнения его проблематики и выдвижения гипотез используется интервьюирование. Опрос в той или иной форме может выступать как основное средство сбора первичной информации. При этом особое значение приобретает стандартизация методики опроса. Если программа исследования предусматривает экспериментальную процедуру, опрос может использоваться с целью выявления основных критериев экспериментальной и контрольной групп как до начала эксперимента, так и после его окончания. Опрос служит также для уточнения, расширения и контроля данных, полученных другими методами.

Выделяют два основных вида интервью, используемых в социально-психологических исследованиях. В *стандартизированном* интервью формулировки вопросов и их последовательность определены заранее, они одинаковы для всех опрашиваемых. Методика *нестандартизированного* интервью, наоборот, харак-

теризуется гибкостью и варьирует в широких пределах. Здесь интервьюер руководствуется лишь общим планом интервью и в соответствии с конкретной ситуацией формулирует вопросы. Каждому из этих видов интервью присущи свои преимущества и недостатки. Так, использование стандартизированного интервью сводит до минимума ошибки при формулировании вопросов, и в итоге полученные данные более сравнимы друг с другом. Однако несколько «формальный» характер опроса затрудняет контакт между интервьюером и опрашиваемым. Нестандартизированное интервью, позволяя задавать дополнительные вопросы, обусловленные данной ситуацией, по форме приближается к обычной беседе и вызывает более естественные ответы. Основной недостаток такого интервью состоит в трудностях сопоставления полученных данных вследствие вариаций в формулировках вопросов.

Многими достоинствами двух указанных видов личного опроса обладает *полустандартизированное,* или «фокусированное», интервью, в котором используется так называемый путеводитель интервью с перечнем как строго необходимых, так и возможных вопросов. Исходным пунктом такого интервью является включение будущих респондентов в ситуацию, основные компоненты которой до этого проанализированы исследователем. Например, группа лиц просматривает кинофильм или телепрограмму, участвует в социально-психологическом эксперименте. Предварительный исследовательский анализ позволяет составить «путеводитель интервью», вопросы которого фокусированы на впечатлениях людей, помещенных в данную ситуацию. Основные вопросы должны быть заданы каждому опрашиваемому. Необязательные вопросы (подвопросы) используются или исключаются интервьюером в зависимости от ответов опрашиваемого на основные вопросы. Эта методика дает интервьюеру возможность различных вариаций в рамках «путеводителя». Полученные таким образом данные более сопоставимы.

Выбор исследователем того или иного варианта интервью зависит от уровня изученности проблемы, целей исследования и его программы в целом. Применение стандартизированного интервью целесообразно в том случае, когда необходимо опросить большое количество людей (несколько сотен или тысяч) и затем подвергнуть полученные данные статистической обработке. Нестандартизированное интервью часто используется на ранних стадиях исследования, когда необходимо предварительное знакомство с изучаемой проблематикой.

Разнообразные по содержанию вопросы, используемые в анкетах и интервью, можно разделить на несколько типов.

1. Вопросы, выявляющие фактическую информацию о личности и социальном положении опрашиваемого. Это вопросы о возрасте, образовании, профессии, должности, доходе, заработной плате и т. п.
2. Вопросы, выявляющие факты поведения в прошлом или настоящем. Имеются в виду вопросы о тех или иных действиях как самого опрашиваемого, так и других лиц.
3. Вопросы, выявляющие мнение о фактах, отношениях, мотивы и нормы поведения. Получение достоверной информации в ответ на эти вопросы является наиболее трудным делом. Не секрет, что возможно существенное раз-

личие между ответом опрашиваемого на вопрос, что он сделал бы в такой-то ситуации, и его действительным поведением.

4. Вопросы, выявляющие интенсивность мнений и отношений. Здесь возможна оценка интервьюером глубины чувства опрашиваемого по интонации его ответов, репликам, мимике, а также самооценка опрашиваемого относительно того, является ли его мнение сильным или слабым.

Все вопросы, используемые в интервью и анкетах, подразделяются на открытые (неструктурные) и закрытые (структурные). Первые не дают опрашиваемому никакого руководства ни в отношении формы, ни в отношении содержания его ответов; вторые предлагают сделать выбор лишь из числа указанных вариантов ответа. Имеется ряд правил, которые необходимо учитывать при формулировании вопросов и определении их последовательности. Известно, что многие люди не хотят обсуждать в интервью дискуссионные вопросы или отвечать на них в анкете, давать о себе информацию слишком личного характера, выражать свои отношения, зная, что их могут не одобрять. Поэтому ответы на вопросы, заданные в прямой форме, порой свидетельствуют о том, что опрашиваемые находят приемлемым сказать в данной ситуации, а не о том, что они думают на самом деле. Кроме того, далеко не все аспекты личного отношения опрашиваемого к какому-либо явлению всецело им осознаются. Нередко опрашиваемый затрудняется с ответом при самостоятельном анализе своих установок, желаний, настроений, мнений. В подобных случаях исследователю могут помочь косвенные приемы получения информации, т. е. такие, истинные цели которых замаскированы для опрашиваемого. Имеются в виду специальные формы вопросов, различного рода тесты. Интервьюер должен стремиться к созданию ситуации, в которой опрашиваемый побуждался бы к искренним ответам. Главное условие успешного интервьюирования — создание дружеской атмосферы. При этом важно, чтобы интервьюер постоянно сохранял нейтральную позицию в процессе интервью. Ему нельзя обнаруживать свое собственное отношение к предмету исследования.

Что касается специфики заочного опроса (анкетирования), то к нему наиболее целесообразно прибегать в тех случаях, когда необходимо: а) выяснить отношения людей к острым дискуссионным или интимным вопросам; б) опросить большое число людей (от сотен до нескольких тысяч) в сравнительно небольшой срок, особенно в тех случаях, когда они расселены по обширной территории. Существует несколько способов проведения заочного опроса: а) рассылка анкетных бланков по почте; б) распространение анкет, напечатанных в газетах и журналах, вместе с этими изданиями; в) вручение анкет опрашиваемым по месту их работы или жительства.

Выбор между методами интервью и анкеты зависит от уровня изученности проблематики, целей исследования и его программы в целом. Анкетирование нельзя проводить, не имея определенных рабочих гипотез. Метод интервью менее требователен в этом отношении. Он может быть эффективным даже при недостаточно четко сформулированных гипотезах исследователя. Преимущество нестандартизированного интервью — получение более глубокой информации, гибкость опроса. Недостаток — сравнительная узость охвата опрашиваемых. Массовый стандартизированный опрос путем анкеты дает репрезентативные (представительные)

результаты, но в более узкой сфере проблем. Сочетание анкетирования и интервью является одной из наиболее плодотворных методик опроса, так как она наряду с охватом большого числа опрашиваемых в сравнительно короткий срок позволяет получать материал и для глубокого анализа.

Анализ документов. Этот метод широко применяется в социальных исследованиях. В его основе лежит соответствующее использование информации, которая представлена в каком-либо тексте (рукописном или печатном), на фото или кинопленке, магнитной ленте и т. д.

В качестве объекта исследовательского анализа могут выступать как официальные, так и неофициальные документы. Это деление обусловлено статусом источника документации. В первом случае речь идет о материалах, полученных из официальных организаций. К ним относятся документы государственных органов, хозяйственных и финансовых учреждений, данные государственной и ведомственной статистики, материалы судебных дел, протоколы и решения тех или иных партий. Неофициальные документы составлены по личному поводу или на основе задания и не имеют официального подтверждения их правильности. Это деловые записи, проекты решений, научные труды, описание событий в литературе, личные письма, дневники, автобиографии, мемуары.

Некоторые исследователи подчеркивают особую значимость официальной документации, поскольку она подлежит определенному контролю и часто имеет более высокую степень обобщения, нежели неофициальная. Преимущество использования неофициальных документов состоит в том, что они дают информацию об интересах, потребностях, мотивах, ценностях и других проявлениях психики индивидов и социальных групп. Нередко исследователи сопоставляют официальные и неофициальные материалы, относящиеся к одним и тем же социально-психологическим явлениям, что позволяет обогащать понимание изучаемой проблематики и осуществлять взаимный контроль этих данных. И официальные, и неофициальные документы дают исследователю возможность получить информацию как об объективных условиях социальной среды, так и о мнениях, отношениях, настроениях, других субъективных проявлениях отдельных индивидов и групп людей.

По степени персонификации документы подразделяются на личные и безличные (Ядов). К личным относят карточки индивидуального учета (например, библиотечные формуляры, анкеты и бланки, заверенные подписью), характеристики, выданные какому-либо лицу, заявления, а также неофициальные документы, упомянутые выше, — письма, дневники, мемуары и т. п. Безличные документы — это статистические материалы, протоколы собраний, данные прессы, которые не выражают мнения конкретного человека.

Ряд социальных исследователей скептически относятся к личным неофициальным документам, отмечая, что мотивы, побуждающие людей составлять эти документы, отражаются на достоверности информации. К таким мотивам можно отнести самооправдание своих поступков, стремление продемонстрировать особенности собственного внутреннего мира, снятие личной психологической напряженности, стремление исповедоваться перед авторитетом.

Американский историк Готтшальк выделяет следующие условия доверия личным документам.

1. Осторожное отношение автора к излагаемым фактам, когда сами факты не затрагивают личных интересов, не являются предметом его пристрастия.
2. Когда свидетельство наносит определенный ущерб автору и сама запись носит характер исповеди.
3. Если данные, сообщаемые в этих документах, являлись в момент записи всеобщим достоянием и автор сообщает, следовательно, нечто общеизвестное.
4. Когда сообщение или его часть представляют интерес для исследователя и вместе с тем оказывается не соответствующим точке зрения основного содержания текста личного документа. Например, в письме может подробно излагаться содержание встречи нескольких человек с упоминанием имен участников. Можно отнестись с сомнением к передаче содержания разговора, но сделать заключение о том, что встреча между определенными лицами имела место.

Заслуживает доверия также сообщение, которое находится в противоречии с предполагаемыми исследователем установками автора.

Классификация документов подразделяется по их целевому назначению. Так, выделяют документы, которые были созданы независимо от исследователя, и документы, называемые целевыми. Они готовятся людьми по заданию исследователя в соответствии с его научным замыслом. Сюда можно отнести ответы на открытые вопросы интервью и анкет, автобиографии, сочинения на определенную тему, написанные по заказу исследователей. К особой категории документов многие исследователи относят также разнообразные материалы средств массовой информации — газет, журналов, телевидения, кино.

Первым и ярким примером широкого использования разнообразных документов в целях научного анализа было исследование, которое провели в начале XX в. американский социальный психолог Томас и польский — Знанецкий. Их совместная работа длилась более десяти лет и была посвящена приспособлению польских крестьян, эмигрировавших в Америку, к новым условиям жизни. Эмпирической основой исследования служили документы различного рода — личные и официальные. Это была переписка 50 семей эмигрантов с родными, оставшимися в Польше (всего 754 документа), письма, направленные в «Общество защиты эмигрантов», архивы польской эмигрантской газеты, материалы церковно-приходских общин, землячеств, судебные отчеты, документы благотворительных обществ. По просьбе исследователей один из молодых поляков написал подробную автобиографию на 300 страницах. Знанецкий был настолько увлечен анализом личных документов, что считал его основным в социальных науках. Итогом указанного исследования стала работа Томаса и Знанецкого «Польский крестьянин в Европе и Америке». Их произведение состояло из пяти томов, выходивших в свет с 1918 по 1920 г. в США. Исследовательский анализ обнаружил сильное влияние социальной группы на поведение ее членов. Тогда Томас и Знанецкий определили социальную

психологию как «научное исследование установок». С тех пор изучение установок прочно вошло в основную проблематику западной социальной психологии.

В течение последних десятилетий большое распространение получил метод изучения документов, получивший название *контент-анализ* (или анализ содержания). Суть этого метода состоит в выделении сравнительно постоянных элементов текста, затем систематической фиксации данных элементов (единиц изучаемого содержания) с последующей квантификацией, т. е. количественным выражением качественных признаков. В итоге выявляется частота использования данных элементов в тексте, что в сочетании с качественным анализом позволяет делать соответствующие выводы об их значимости для автора сообщения, определять его цели, направленность на ту или иную аудиторию и т. д.

Необходимой предпосылкой количественного анализа документов является анализ качественный. Исследователь выделяет единицы анализа в соответствии с целями исследования. При этом необходимо различать единицу счета, т. е. элементы текста, которые подлежат подсчету (количественные), и смысловые единицы, или категории анализа (качественные). Так, если объектом анализа является текст, то единицей счета может быть слово, предложение, параграф, тема. Выбор соответствующих категорий анализа также обусловлен замыслом исследователя. При анализе текста это могут быть, например, категории «за», «против», «нейтрально», «выгодно — невыгодно», «хорошо — плохо», различные ценности. Единица анализа может совпадать или не совпадать с единицей счета. Очень важно определить категории анализа как можно более точно, так как в случае, если в анализе документов занято несколько человек, это минимизирует возможные искажения, обусловленные их субъективизмом,

Основы контент-анализа были разработаны американскими социологами Лассуэллом и Берельсоном. В качестве метода социальных наук контент-анализ начинает широко использоваться с 1920–1930-х гг. XX в. в США. Первоначально этот метод получил распространение в сферах журналистики и литературоведения. Подсчитывалась и анализировалась частота употребления определенных слов, терминов, частей речи. Особенно широкое применение получил контент-анализ в США при изучении различных сторон массовой коммуникации, в частности с целью выяснения эффективности пропаганды. Так, Лассуэлл предложил ставшую классической при анализе массовых коммуникаций формулировку, согласно которой «акт коммуникации» рассматривается по мере ответа на вопросы: «Кто говорит? Что говорит? Кому? Как? С каким результатом?» В период Второй мировой войны контент-анализ на Западе стал использоваться в разведывательных и пропагандистских целях. Так, эксперты Би-Би-Си (Лондонского радио) обрабатывали сообщения нацистской пропаганды и предсказывали развитие событий как в области внутренней, так и внешней политики на основе анализа данных сообщений. Лассуэлл произвел контент-анализ текстов газеты «Истинный американец», выходившей в то время в США, и убедительно доказал, что, судя по содержанию ее материалов, эта газета является профашистской. Заключение исследователя послужило основанием для ее запрещения.

У нас контент-анализ получил распространение с конца 60-х гг. XX в. В качестве примеров можно привести анализ материалов газеты «Известия», проведен-

ный Барановым с целью выявления «доли» апелляции к субъективным интересам; исследования Алексеева, также посвященные анализу содержания массовой периодической печати; изучение Грушиным уровня информированности населения по проблемам, выявленным путем анализа сообщений, передаваемых через газеты и другие средства массовой коммуникации.

Исследования содержания различных произведений литературы и искусства, проведенные Семеновым, показали возможности использования метода контент-анализа при изучении эстетической коммуникации для получения данных об авторах художественных произведений как представителях определенных социально-профессиональных и демографических групп (прежде всего в плане социальной перцепции). Результаты анализа содержания художественной прозы показывают, что подобный анализ может использоваться с целью формулирования гипотез о различных социально-психологических явлениях. Так, изучая образы брака и любви в прозе молодежных журналов, Семенов выявил различные типы совместимости и несовместимости супругов, которые могут быть использованы в качестве гипотетических в исследованиях успешности брака. При этом писатели могут квалифицироваться как специфически одаренные наблюдатели и эксперты в сфере интуитивного познания социально-психологических явлений.

Учитывая опыт многочисленных исследований, можно отметить следующие основные области применения контент-анализа в социально-психологических исследованиях (Семенов).

1. Изучение социально-психологических особенностей коммуникаторов (лиц, передающих сообщения, авторов) через содержание их сообщений. Одним из видов подобного изучения являются сравнительные исследования типов личности и ценностей в различных обществах и культурах.
2. Изучение реальных социально-психологических явлений объекта, которые отражены в содержании сообщений (включая явления, имевшие место в прошлом и недоступные для исследования другими методами). Особый интерес в этом плане представляет анализ произведений литературы и искусства, а также публицистики.
3. Изучение различных средств коммуникации через содержание сообщений, а также особенностей форм и приемов организации содержания, в том числе пропагандистских.
4. Изучение социально-психологических особенностей реципиентов (адресатов коммуникации, аудитории). Это имеет смысл только тогда, когда известно, что коммуникатор (автор сообщения) достаточно верно представляет реципиента.
5. Изучение социально-психологических аспектов воздействия эффектов коммуникации на реципиентов через содержание сообщений.

Кроме того, можно выделить следующие виды применения контент-анализа во вспомогательных целях:

а) для обработки открытых вопросов анкет и интервью, данных проективных методик;

б) специальное (науковедческое) употребление для изучения научной литературы по социальной психологии — эволюция интересов ученых по различным проблемам в разное время, анализ цитирований и ссылок.

Завершая рассмотрение метода анализа документов (в том числе контент-анализа), отметим, что он используется на разных стадиях социально-психологического исследования. Так, на начальном этапе работы при составлении программы исследования к этому методу порой обращаются с целью уточнения изучаемой проблематики и окончательного формулирования гипотез. Анализ документов может выступать также как основной метод сбора первичной информации. Наконец, анализ документов иногда применяется с целью дополнения информации, полученной другими методами социальной психологии.

Главные достоинства метода анализа документов заключаются в возможности избежать влияния исследователя на изучаемый объект и достижения сравнительно высокой степени надежности получаемых данных, так как документы наиболее удобны для перепроверки. Кроме того, этот метод позволяет получать информацию, которую не удается выявить посредством других методов. Недостатком метода анализа документов (особенно контент-анализа) является значительная сложность всей процедуры, необходимость высокого уровня квалификации аналитиков. Не переоценивая возможности этого метода, отметим, что ему отводится незаменимая роль при выявлении широкого круга социально-психологических явлений, объективированных в различных документах.

Контрольные вопросы

1. Социально-психологическое исследование начинается:
   ❶ с выбора методов исследования;
   ❷ с определения объекта исследования;
   ❸ с составления программы исследования;
   ❹ с проверки надежности методов исследования.

2. Главное достоинство метода наблюдения состоит в том, что он позволяет исследователю:
   ❶ охватывать большие группы людей;
   ❷ наблюдать ситуацию в естественной среде;
   ❸ влиять на наблюдаемую ситуацию;
   ❹ контролировать наблюдаемую ситуацию.

3. Главный недостаток метода интервью состоит в том, что:
   ❶ он не позволяет охватывать большие группы людей;
   ❷ интервьюер может неправильно интерпретировать ответы;
   ❸ опрашиваемые могут давать неискренние ответы;
   ❹ он позволяет опрашиваемому уклоняться от ответов на некоторые вопросы.

4. Контент-анализ уместнее всего использовать:
   ❶ при наблюдении за поведением людей;
   ❷ при социально-психологическом эксперименте;
   ❸ при изучении различных сторон массовой коммуникации;
   ❹ при составлении программы исследования.

Глава 7

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

Социальные роли личности. Во всех определениях личности обязательно подчеркивается ее общественная природа, включенность в ту или иную систему социальных отношений. Любая личность представляет собой своеобразный сплав биологического, психологического и социального. Это постоянно проявляется в ее связях с социальным окружением. Особенности конкретного исторического периода, принадлежность личности к определенному социальному классу, слою, какой-либо организации или группе накладывают свой отпечаток на черты личности, формируют характерные образцы ее поведения. Как говорил Вольтер: «Каждый человек является созданием времени, в котором он живет».

Любая личность подвержена воздействиям со стороны общества на *макроуровне* и *микроуровне*. Под макроуровнем подразумевается «широкая» социальная среда вплоть до уровня всей мировой общественной системы, но в первую очередь следует отметить роль влияний того конкретного общества, к которому принадлежит личность. Нельзя не упомянуть воздействие на личность государства в целом и тех или иных его органов. Микроуровень — это ближайшее социальное окружение личности — семья, круг друзей, коллеги по работе, соседи, т. е. все люди, с которыми непосредственно общается личность в ситуациях повседневной жизни. Наблюдаемые эффекты различных воздействий макро- и микросреды на психику и поведение личности дают богатый материал для социально-психологического анализа.

Личность является не только объектом тех или иных воздействий со стороны окружающей социальной среды, но и субъектом деятельности. Каждый из нас каким-либо образом влияет на других людей, общаясь с ними в сферах труда, учения и досуга. Воздействует личность и на макросреду. Голосуя за того или иного кандидата на выборах, принимая участие в демонстрациях или забастовках, личность выступает как субъект политической деятельности, оказывая влияние на преобразование макросреды. Более того, личность является субъектом исторического процесса, ибо каждый человек выступает в нем как действующее лицо. Социально-психологический подход к личности требует рассмотрения ее в тесной связи с социальным окружением. Прежде всего имеются в виду те социальные группы, в состав которых личность входит, с членами которых взаимодей-

ствует. Для того чтобы лучше понять взаимосвязи личности и ее социальной среды, психологи обращаются к положениям *ролевой теории личности*.

Мысль о том, что люди в их жизнедеятельности подобны актерам на сцене театра, высказывалась еще в очень давние времена. Римский философ-стоик Эпиктет, живший в I–II вв. н. э., часто сравнивал человека с актером. Так, он заявлял: «Не забудь, — ты актер и играешь в пьесе роль, назначенную автором. Коротка пьеса — коротка и роль, длинна — длинна и она. Даст он тебе роль нищего, — старайся вернее создать его тип, как и тип калеки, высшего правительственного лица или частного человека». Под автором здесь имеется в виду Бог как высшая сила. Шекспир в пьесе «Как вам это понравится» устами одного из своих героев говорил:

Весь мир — театр.
В нем женщины, мужчины — все актеры.
У них свои есть выходы, уходы.
И каждый не одну играет роль.

В научный оборот термин «роль» ввели в 20–30-е гг. XX в. американские исследователи Мид и Линтон. Последний определял роль как «динамический аспект статуса». Под статусом понималась какая-либо социальная позиция личности, а роль выступала здесь как определенная демонстрация этой позиции.

Являясь членом тех или иных социальных групп, вступая во взаимодействие с другими людьми, человек в каждом из этих случаев обладает той или иной позицией (статусом) — местом в данной конкретной системе социальных взаимосвязей. Так, на предприятии четко различаются официальные позиции директора, бухгалтера, юрисконсульта, начальника цеха, мастера, рабочего. Многие позиции, занимаемые людьми, характеризуют их в более широком социальном смысле. Можно выделить общественно-политические позиции (депутат, член какой-либо партии или инициативной группы граждан), профессиональные (инженер, врач, артист) и ряд других (гражданин, потребитель, пенсионер). Человек, находящийся в той или иной официальной позиции, имеет соответствующие права и обязанности. Отдельно следует упомянуть позиции, занимаемые индивидом в своей семье и вообще среди родственников (дед, отец, муж, брат, племянник). Определенные права и обязанности выступают в качестве регуляторов и в семейных отношениях.

Каждый человек обладает рядом различных социальных позиций, что составляет его «статусный набор». Так, один и тот же человек может представать перед другими людьми как врач, муж, отец, брат, друг, шахматист-разрядник, член профсоюза. Рассмотрение любой позиции в группе или в обществе всегда подразумевает наличие других, связанных с ней позиций. Отсюда выводится известная взаимозависимость и между людьми, находящимися в связанных между собой позициях. Например, позиция руководителя подразумевает существование позиции подчиненного. Позиция врача подразумевает наличие позиции пациента. Имеется определенная взаимозависимость между сотрудниками любой организации, между членами семьи, родственниками, вообще между индивидами, вступающими друг с другом даже в один-единственный непродолжительный контакт (например, между продавцом и покупателем, кондуктором автобуса и пас-

сажиром). Таким образом, можно говорить о наличии соответствующих взаимоотношений между указанными лицами. В рамках данных отношений индивиды выполняют определенные социальные роли, а эти взаимоотношения называются ролевыми.

В настоящее время имеется много определений понятия «социальная роль», и в его интерпретации существуют заметные расхождения между исследователями. Роль можно понимать как нормативную систему действий, ожидаемых от индивида в соответствии с его социальной позицией (положением). Отсюда следует, что роль обусловлена конкретным местом человека в структуре социальных связей и в известном смысле не зависит от его индивидуально-психологических свойств. Так, выполнение роли преподавателя вуза должно подчиняться одним официальным предписаниям, а выполнение роли студента — другим. Эти предписания безличны, они никак не ориентированы на особенности характеров тех или иных преподавателей и студентов.

Существует ряд классификаций социальных ролей. Так, все их многообразие можно подразделить на роли *приписанные* и роли *достигнутые*. К приписанным относятся, например, роли, обусловленные дифференциацией людей в обществе по полу. Такие роли называются гендерными. Обычно родители понимают, что мальчиков и девочек нужно воспитывать неодинаковым образом, прививая им различные навыки. Так, мальчиков чаще учат обращаться с различными хозяйственными инструментами, а девочек — готовить пищу и шить. Очевидно, что даже в современных странах с развитой демократией, несмотря на социальное равенство полов, существуют ожидаемые наборы образцов поведения, присущего мужчинам и женщинам. И эти наборы имеют существенные различия. Так, наша общественная мораль терпимо относится к поведению юноши, если он на улице пытается познакомиться с понравившейся ему девушкой. Однако если бы подобную активность проявила девушка, это было бы расценено (во всяком случае, многими представителями старшего поколения) как отклонение от ожидаемых в обществе правил поведения. Гендерные роли предписывают также определенные манеры и жесты, речевые обороты, соответствующую одежду. В странах Востока различие между гендерными ролями еще более заметно. К достигнутым ролям относят те, которые выполняются в той или иной профессиональной области. Например, роли директора предприятия, доктора философии.

Следует отметить, что возможности достижения личностью какой-либо роли существенным образом предопределены социальными условиями микросреды и макросреды, в которых находится личность. Для одних индивидов эти возможности сравнительно широки, для других — весьма ограничены. Так, на острове Кижи в Карелии дети всех возрастов находятся в одном и том же классном помещении во время школьных занятий. Учитель дает каждому индивидуальное задание. Вряд ли выпускник такой школы при поступлении в вуз составит успешную конкуренцию своим сверстникам, окончившим городские школы.

В соответствии с другим логическим основанием можно выделить *специфические* и *диффузные* роли. В специфических ролях взаимоотношения строятся на основе особых четко ограниченных целей (например, кассир, продающий билеты в кинотеатре, гардеробщик, принимающий верхнюю одежду, парикмахер, под-

стригающий своих клиентов). Активность лиц, выполняющих диффузные роли, наоборот, не имеет подобной специальной направленности. Такова роль матери, которую интересует буквально все, что касается ее ребенка: его здоровье, настроение, стремления, желания, вкусы, привычки. Этот интерес очевидным образом проявляется в отношении матери к ребенку. Все семейные взаимоотношения вообще (если рассматривать нормальные отношения) строятся на основе диффузных ролей. В форме таких ролей могут проявляться и отношения между близкими друзьями, влюбленными. При этом ролевые взаимосвязи осуществляются на почве широкого круга взаимных интересов.

Нередко для того, чтобы окружающие имели необходимую информацию о социальной роли той или иной личности в данный момент, прибегают к ролевым символам. Примером такого символа может быть какая-либо униформа. Знаки отличия у военных, обозначающие род войск и звание данного лица, свидетельствуют о его социальном статусе и соответствующей роли. Строгие вечерние платья женщин и темные костюмы мужчин могут подчеркивать официальный характер какой-либо ситуации. Наличие белого халата на человеке в лечебном учреждении говорит о его принадлежности к медицинскому персоналу. Место социального взаимодействия индивидов также обладает характеристикой ролевого знака. Менеджеры часто ведут себя совершенно различным образом на месте своей работы и вне ее, даже имея дело с одним и тем же лицом. Изменение местоположения используется ими порой для того, чтобы показать соответствующее изменение их роли, скажем переход от роли начальника к роли друга.

Если окружающим людям известна социальная роль какого-либо индивида в данный момент, то они будут предъявлять к его поведению соответствующие ролевые ожидания. Эти ожидания могут включать вполне определенные предписания (то, что человеку необходимо делать обязательно), определенные запреты (то, чего человек не должен делать) и ряд менее точно определенных ожиданий (то, что человеку следовало бы делать в данной роли). Когда поведение индивида, выполняющего какую-либо социальную роль, соответствует ожидаемому образцу, оно считается успешным. Необходимо подчеркнуть при этом, что в ролевых ожиданиях, исходящих от конкретных лиц или групп, ярко проявляются и их социально-психологические особенности. Так, взаимные ролевые ожидания двух сотрудников, использующих одно и то же оборудование, обусловлены не только их официальным положением в данной организации, но и свойствами личности каждого из этих работников. Допустим, один из них, отличающийся аккуратностью и следящий за безукоризненной чистотой рабочего места, будет требовать от своего коллеги такого же отношения к делу. Другой работник, не столь аккуратный, может игнорировать эти требования, полагая, что достаточно иметь все оборудование в исправном состоянии.

Человек обладает известной степенью свободы в отношении своего ролевого поведения. Вот почему выполнение одних и тех же социальных ролей различными индивидами часто имеет некоторые различия, хотя при всем этом их действия могут оцениваться как успешные. Возьмем, например, двух студентов, оканчивающих вуз. Один из них, готовясь к экзаменам, прорабатывал только обязательную литературу, другой читал наряду с ней книги из дополнительного списка.

Однако с формальной точки зрения и первый и второй вполне удовлетворяют требованиям, предъявляемым к студенту.

Ролевые ожидания нередко касаются не только поведения индивида в той или иной роли, но и его внешнего облика — одежды и ее аксессуаров, украшений, прически. Чиновник, приглашенный на дипломатический прием, вряд ли явится туда в свитере и джинсах, а профессор даже жарким летом не рискнет предстать на лекции перед студентами в майке и шортах. В некоторых официальных ситуациях форма одежды сравнительно строго регламентируется.

Каждый человек обладает множеством социальных ролей. Подобно тому как он имеет определенный «статусный набор», можно говорить и о соответствующем «ролевом наборе» индивида. Имея статус отца, человек выступает в разных ролях по отношению к своей жене, сыну, своим родителям, тестю и теще, учителям школы, где учится сын. Там он может быть еще и членом родительского комитета. Каждое из ролевых взаимодействий, вытекающих из статуса отца, характеризуется своей спецификой (сравните, например, следующие парные взаимодействия: отец, муж — его жена, отец — его сын, отец — его мать, отец — теща, отец — учитель школы и т. д.).

Работая на том или ином предприятии, в учреждении, человек также выполняет ряд социальных ролей, соответствующих его статусному набору. Таковы его статусы инженера, начальника цеха, члена профсоюза, совладельца акций компании. Роли, выполняемые индивидом, имеют официальный характер. Человек обладает также определенным ролевым «набором» и в системе неофициальных отношений, сложившихся в его организации. Часто эти роли являются следствием некоторых индивидуальных свойств личности. Двое рабочих, занятых на одной и той же операции, но имеющих различные черты характера, могут выполнять совершенно разные неформальные роли в своей бригаде. Спокойный и рассудительный человек порой выступает в роли «третейского судьи», к которому обращаются остальные рабочие в спорных ситуациях. Другой рабочий, обладающий организаторскими способностями и стремлением к лидерству, иногда становится неофициальным лидером какой-либо группы лиц в своей бригаде.

Порой та или иная роль навязывается человеку со стороны других членов группы. Часто это обусловлено не только индивидуальными особенностями данного человека, но главным образом его положением в группе. Например, ученик в производственной бригаде может рассматриваться другими ее членами как объект всевозможных шуток и розыгрышей. Однако роли, которые человек выполняет в тех или иных группах, подвержены изменениям. Бывший ученик, вырастая до уровня высококвалифицированного рабочего, прекращает свое пребывание в роли козла отпущения, приобретая другую неофициальную роль как следствие его нового, более высокого социального статуса.

Выполнение социальных ролей. Для успешного овладения той или иной социальной ролью и ее выполнения человеку прежде всего необходимы знания о содержании данной роли. Что требуется от него как носителя этой роли? Что нужно или можно делать и чего делать ни в коем случае нельзя? Начиная с раннего детства личность в процессе социализации получает от окружающих ее людей (родителей, воспитателей, учителей, товарищей, сверстников, других взрослых)

определенные знания о содержании различных ролей — официальных и неофициальных. Ребенку объясняют, как следует вести себя дома, на улице, в общественном транспорте, в гостях, на экскурсии, в театре. Информацию о ролевом поведении человек также получает, наблюдая за другими людьми. Свою лепту в эти знания вносят средства массовой коммуникации. При поступлении в школу, училище, вуз, на работу или на службу в армию новичка знакомят с правилами внутреннего распорядка, с требованиями, предъявляемыми к его новой социальной роли. В одних случаях эти требования изложены самым общим образом, в других — сравнительно детализированы. Последнее чаще всего относится к профессионально-функциональным ролям, т. е. тем, которые выполняются в организациях различного типа — производственных, транспортных, военных, финансовых и др. Такие роли определяются должностными инструкциями, в которых указаны основные задачи данного работника, его обязанности и права, степень ответственности, официальные взаимосвязи с другими членами организации по вертикали и горизонтали, основные требования к его профессиональным знаниям и навыкам.

Нечеткость должностных инструкций различных категорий работников (и рядовых и руководящих) негативным образом сказывается на их психическом состоянии, вызывая фрустрации и провоцируя конфликтные ситуации. Не способствует это и эффективности труда. Только герою русских сказок, получавшему неопределенные ролевые предписания (пойди туда — не знаю куда, принеси то — не знаю что), удавалось успешно справиться со своей задачей. Однако даже полное знание требований, относящихся к какой-либо социальной роли, — лишь первый шаг на пути ее выполнения. Такое знание само по себе еще не вызывает у человека желания немедленно действовать указанным образом. Между прочим, главное заблуждение Сократа заключалось именно в том, что он провозглашал тождественность знаний, имеющихся у человека, и его поведения. По мнению великого философа, если человек будет знать, что такое добро, то и вести себя станет добродетельно. Жизнь показывает, что это далеко не так.

Ролевое поведение личности обычно рассматривается как функция двух основных переменных — социальной роли и Я. Психологи определяют Я как проявление самосознания личности, как продукт выделения человеком самого себя из окружающего мира и противопоставления ему (не-Я). На основе взаимодействия личности с другими людьми формируется Я-концепция — представление индивида о самом себе. Это представление основано в значительной степени на том, как другие люди определяют наше положение в обществе и как они оценивают наше поведение применительно к этому положению. Я-концепция во многом обусловлена тем, как индивид выполняет свои социальные роли. С другой стороны, овладение личностью какой-либо новой для нее социальной ролью обусловлено особенностями ее Я-концепции. Качество выполнения человеком определенной роли во многом зависит от того, насколько он понимает ее специфику и в какой степени данная роль им принимается и усваивается, иначе говоря, интернализуется. Об интернализованной социальной роли можно говорить тогда, когда требования извне, предъявляемые к индивиду, занимающему ту или иную позицию, становятся его собственными требованиями к самому себе.

Таким образом, следующий этап овладения индивидом какой-либо ролью — ее интернализация. При этом подразумевается не просто согласие с требованиями роли, но осознание их, моральная готовность личности принять данную роль. Поэтому есть психологическая мудрость в английской поговорке: «Самое трудное — понять, в чем состоит твой долг, тогда выполнить его значительно легче». Успешность интернализации индивидом роли всецело зависит от его Я-концепции. Если понимание индивидом своей роли согласуется с его Я-концепцией, то ролевые предписания подкрепляются соответствующими требованиями личности к себе. На этой основе появляются необходимые предпосылки для успешного выполнения данной социальной роли.

Следует подчеркнуть значение ответственности как свойства личности, определяющего ее отношение к своим ролевым обязанностям. Выявлены различные уровни осознания работниками отдельных видов их должностных обязанностей. Одни из них осознаются личностью как неотделимые от ее социальной роли и собственного Я, а другие — как периферийные, не затрагивающие его Я. Отсюда следует и разная степень реализации обязанностей: то, что лучше осознается, лучше и выполняется. В итоге можно выделить различные модели ответственности работников. Виды этих моделей имеют широкий диапазон: от высокого осознания и исполнения всех производственных функций до реализации (и осознания) лишь части из них. Иногда личность на пути к выполнению роли оказывается в конфликтной ситуации. Выделяется несколько типов конфликтов, называемых *ролевыми*. Так, руководитель порой сознает, что его организационная роль в сложившейся ситуации требует решительных действий по укреплению дисциплины среди подчиненных — прежде всего вынесения различных взысканий, но при этом ему может быть свойственна неприязнь к подобным действиям. Известен случай, когда выпускник финансового института, проводя свою первую ревизию, обнаружил серьезные злоупотребления. Исходя из предписаний данной социальной роли, ревизор должен был требовать суда над определенными лицами, но, как человек исключительно мягкий и жалостливый, он оказался не в состоянии решиться на это. Сложившаяся ситуация в итоге привела начинающего ревизора к тяжелому неврозу. В данных примерах субъективное Я вступило в конфликт с предписаниями социальной роли. Такой конфликт называют *личностно-ролевым*. Пример другого рода. Женщина — научный сотрудник, увлеченная своими исследованиями и преподаванием в вузе, работает над докторской диссертацией. Это требует от нее немало времени и сил. Но имея семью, она также хочет быть хорошей, заботливой матерью и женой. Если женщина в равной степени ориентирована и на профессиональный рост, и на свою семью, возникает конфликт между данными ролями. В этом случае предписания различных социальных ролей, выполняемых личностью, препятствуют их успешной реализации. Подобный конфликт называют *межролевым* (интерролевым).

Нередко к ролевым конфликтам относят и несовместимость ожиданий, предъявляемых к личности, выполняющей какую-либо социальную роль. Типичный пример — ситуация, в которой оказывается производственный мастер. Специфика его позиции состоит в следующем. С одной стороны, мастер воспринимается руководством цеха как представитель администрации, с другой — рабочие счита-

ют мастера своим представителем перед администрацией. Успешное выполнение роли мастера возможно лишь в том случае, если он сможет одновременно удовлетворять требования и рабочих, и администрации. Однако они часто бывают несовместимыми. Исследования Свенцицкого свидетельствуют о том, что рабочие и руководители цеха пользуются неодинаковыми основаниями при оценке мастера как официального руководителя. У лучших (с точки зрения руководителей цехов) мастеров наиболее высоко оцениваются знание производства, умение организовать работу и требовательность. Рабочие же считают наиболее приемлемыми тех мастеров, которые являются в первую очередь справедливыми, доброжелательными, умеющими сохранять спокойствие, сдерживать свое обещание. Видна разница в подходе рабочих и руководителей цеха к оценке ролевого поведения мастеров. Оценка, даваемая рабочими, является более дифференцированной. Они воспринимают мастера не только сквозь призму его деловых качеств, но главным образом в зависимости от его отношения к членам бригады. Когда мастер обнаруживает несовместимость ожиданий по отношению к его роли и не знает, каким из них он должен соответствовать, возникает конфликтная ситуация. Такой конфликт называют *внутриролевым* (интраролевым).

Реакции личности на ролевой конфликт могут варьировать в зависимости от ее индивидуально-психологических особенностей и характера ситуации. Это может быть отказ индивида от какой-либо из несовместимых для него ролей, попытки ввести в заблуждение определенную группу лиц в отношении выполнения их ожиданий, наконец, уход из данной ситуации (перемена места работы, жительства, развод). Ролевые конфликты приводят к повышению степени напряженности личности со всеми присущими этому состоянию физиологическими и психическими проявлениями, вплоть до заболеваний. Для характеристики данного состояния не без основания порой используется термин «ролевой стресс». Одной из причин такого стресса может быть и ролевая перегрузка. Она наблюдается тогда, когда человек должен выполнять чересчур много социальных ролей. Это требует не только времени, но способности личности к быстрой социально-психологической перестройке при переходе от одной роли к другой. Не следует путать ролевую перегрузку с перегрузкой работой. В последнем случае личности предписывается выполнение слишком большого объема работы, но в рамках лишь одной роли. Подобная перегруженность имеет свои собственные проблемы и тоже может служить источником стресса.

В литературе по организационной психологии отмечается и явление ролевой недогрузки, также приводящее к одной из форм ролевого конфликта. Конфликт возникает, когда индивид считает, что его ролевые обязанности не позволяют ему в полной мере продемонстрировать свои способности. Подобное психическое состояние бывает свойственно выпускникам вузов, пришедшим на производственное предприятие. Молодой специалист может иметь высокий уровень притязаний в отношении творчества и самореализации, но получать только рутинные задания. В подобном случае ролевой конфликт оказывает негативное влияние на Я-концепцию, в частности на самооценку личности.

Подведем некоторые итоги изложенному выше материалу о выполнении личностью социальных ролей. Важными предпосылками их успешного выполне-

ния являются знания индивидом содержания своей социальной роли, ее интернализация (согласие с ее требованиями), соответствие ролевых предписаний Я-концепции личности. К этому следует добавить необходимость соответствующих мотивов. Именно мотивация является той внутренней побудительной силой, которая направляет людей к выполнению определенных социальных ролей.

Взаимовлияние личности и социальной роли. Хотя в целом поведение каждой личности складывается из отдельных действий в рамках социальных ролей, роль как таковая существует отдельно от личности, выполняющей ее. Конечно, любая личность обычно привносит индивидуальное своеобразие в процесс выполнения социальной роли. Ее интересы, установки, убеждения могут проявляться при этом явно или неявно. Порой индивид даже стремится подчеркнуть свою независимость от роли, демонстрируя так называемую *ролевую дистанцию*.

Проблема соотношения психических свойств личности и ее ролевого поведения сложна и мало изучена. Порой можно наблюдать непохожие образцы поведения различных людей, выступающих в одинаковой роли. При этом все эти люди могут достаточно успешно справляться с данной ролью. Иногда у человека доминируют одни и те же свойства при выполнении различных социальных ролей. В других случаях человек при выполнении одной роли будет внешне полной противоположностью себе самому в другой роли. Так, человек серьезный и сдержанный на работе среди своих сослуживцев может оказаться балагуром и весельчаком в компании близких друзей. Однако не только личность со своими особенностями влияет на весь ход выполнения социальной роли, имеется и обратное влияние роли на личность в целом и, в частности, на ее Я-концепцию. Возьмем, например, человека, занимающего большой государственный пост, окруженного помощниками, секретарями, охраной и постоянно находящегося в центре внимания, где бы он ни оказался. Постепенно этот человек настолько привыкает к своему положению, знакам уважения со стороны других людей, что это отражается и на его самовосприятии, неадекватно завышает самооценку.

Герой повести Твена «Принц и нищий» мальчик Том из бедной семьи волею случая оказался в роли английского принца. Писатель хорошо показывает, как бывший нищий постепенно привыкал к своему новому положению и «королевское звание ему все больше нравилось». Том увеличил число слуг при дворе, заказал себе новые наряды и стал содрогаться при мысли о встрече с кем-либо из своих родных, пребывающих в нищете, потому что они могли узнать его. Продолжительное выполнение индивидом какой-либо роли способствует более яркому проявлению одних свойств личности и маскировке других. Это особенно хорошо заметно на примере профессиональных ролей. Имеются исследования, показывающие, как свойства личности, сформировавшиеся в процессе выполнения ею профессиональной роли, становятся чертами характера и начинают проявляться во всех других сферах жизнедеятельности данной личности. Так, Платонов и Гуревич употребляют в своих работах такие понятия, как «профессиональный характер» и «профессиональный тип личности», подчеркивая тем самым формирующее влияние профессиональной роли на личность.

Важным показателем освоения профессионально-функциональной роли является состояние адаптированности личности к социально-производственным усло-

виям труда. Адаптация основывается не только на пассивно-приспособительных, но и на активно-преобразующих связях личности с окружающей средой, представляя собой неразрывное единство тех и других форм связи.

В ходе адаптации складывается соответствующий индивидуальный стиль деятельности личности, что позволяет ей выполнять с определенным успехом свою профессионально-функциональную роль (Климов). Порой высокая степень интернализации профессиональной роли и ее продолжительное выполнение могут приводить к так называемой профессиональной деформации личности. Имеются в виду такие случаи, когда профессиональные стереотипы действий, отношений становятся настолько характерными для человека, что он никак не может и в других социальных ролях выйти за рамки сложившихся стереотипов, перестроить свое поведение сообразно изменившимся условиям. Примером является бухгалтер, который систематически составляет, учитывая буквально каждую копейку, бюджет своей семьи. Порой у следователей в такой степени развивается недоверие к людям и подозрительность, что многие окружающие начинают казаться им потенциальными преступниками. В подобных случаях минимизируется ролевая дистанция между личностью и ее профессиональной ролью. Последняя в известном смысле «завладевает» личностью, определяя ее поведение и в других социальных ролях. Об этом свидетельствует, например, эксперимент Гомелаури, в котором испытуемыми выступали прокуроры и адвокаты, т. е. лица, выполняющие в известном смысле противоположные профессиональные роли. Задача, поставленная перед ними, состояла в том, чтобы оценить различные поступки (правонарушения) сначала с позиции роли, присущей самому испытуемому, а затем — противоположной. Обнаружилось, что некоторые испытуемые не принимали заданий, заключающихся в оценке поступков с чуждых им позиций. Сложившиеся профессиональные установки становились барьером для принятия новой роли даже в воображаемой ситуации. Деформирующее влияние профессиональной роли на личность порой наблюдается у педагогов. Так, Кон отмечает, что выработанная в школе дидактическая, поучающая манера многих учителей нередко проявляется и в сфере их личных отношений. Привычка упрощать сложные вещи, чтобы сделать их более понятными в процессе обучения детей, может порождать прямолинейность, негибкость мышления учителей.

Проблема «профессиональной деформации» мало изучена, хотя представляет значительный интерес и в теоретическом, и в прикладном плане. Исследования этого феномена должны проводиться на стыке психологии труда и дифференциальной психологии, поскольку закономерно возникает вопрос о соотношении индивидуальных различий работников с их подверженностью «деформирующим» воздействиям профессиональной роли.

Влияние социальных норм на личность. Давно замечено, что личность, будучи членом тех или иных социальных групп, обычно строит свою деятельность прежде всего с учетом взглядов, существующих в данных группах и в обществе в целом. Эти взгляды обусловлены ценностями и целями групп и находят свое выражение в определенных правилах и стандартах поведения, иначе говоря, в социальных нормах. Нормы могут влиять не только на действия личности, поддающиеся непосредственному наблюдению, но и на такие порой нелегко распознаваемые пси-

хические явления, как, например, установки. Так, принадлежность к какой-либо группе способствует формированию и фиксации соответствующих установок у ее членов. Причем часто человек даже не осознает, что, поступая так или иначе, он делает это именно под воздействием общегрупповых взглядов. Групповые нормы выступают в качестве одного из регуляторов поведения личности не только в пределах данной группы, но и при взаимодействии члена группы с представителями других социальных групп. Социальные нормы любых групп выражаются в соответствующих правилах и выступают:

а) как средство ориентации поведения каждой личности в определенной ситуации;

б) как средство социального контроля за поведением личности со стороны данной общности людей.

Те или иные социальные нормы присущи всяким группам — большим (социальные слои, этнические общности) и малым, формальным и неформальным. Английский психолог Аргайл выделяет следующие виды норм в малых группах.

1. Нормы относительно задачи (например, метод, скорость и стандарт работы в производственной бригаде).
2. Нормы, регулирующие взаимодействие в группе, которые прогнозируют поведение других, предотвращают конфликты и гарантируют справедливое распределение вознаграждений.
3. Нормы относительно установок и убеждений (например, взгляды экспертов групп принимаются, мнения других членов сверяются с ними, а не с реальностью, что может быть более трудным для группы).

Социальные нормы малых групп могут соответствовать или, наоборот, противоречить нормам общества в целом. Когда человек оказывается в какой-либо малой группе, то, общаясь с ее членами, он получает информацию о ценностях данной группы, ее обычаях, традициях, ритуалах и прочих правилах поведения. Такие знания необходимы ему для понимания действий других членов группы и коррекции собственного поведения. При этом индивид подвергается воздействию различных групповых санкций в ответ на свое поведение.

Групповые нормы предусматривают позитивные санкции (похвала, моральные и материальные вознаграждения) по отношению к тем, кто следует им, и негативные санкции для тех, кто отступает от данных норм. Здесь могут использоваться различные невербальные знаки неодобрения, устные замечания, угрозы, бойкот, а порой и исключение из группы. Таким образом индивид включается в процесс социализации, привыкая следовать нормам и малых и больших групп, а также всего общества в целом. Если говорить о норме, то именно в малых группах (в семье, в воспитательных и учебных заведениях, в товарищеских компаниях) индивид усваивает культурные ценности своего общества и все, что с ними связано, как на вербальном, так и на поведенческом уровне.

Любая формальная организация имеет свод некоторых правил, регламентирующих ее деятельность и поведение ее членов. Эти правила представляют собой определенные социальные нормы предписанного и приемлемого поведения.

Такие нормы часто бывают систематизированы в письменном виде. Вступление человека в официальную организацию обычно предусматривает процедуру его ознакомления с этими правилами и необходимость выражения его согласия с ними. Возможно, например, требование, чтобы вступающий в организацию подписал соответствующий документ. Нормы, возникающие в официальной организации на неформальном уровне, или нормы неформальных групп редко фиксируются таким образом. Однако от этого их воздействие на личность не становится менее существенным.

Боязнь вызвать неодобрение со стороны членов своей производственной группы является значимым регулятором поведения личности. Неформальные групповые нормы могут влиять на поведение члена группы больше, чем официальные регламентации.

В основе формирования групповых норм лежит взаимодействие членов группы. Первым, кто экспериментально показал это, был американский психолог Шериф. Для исследования он использовал явление «аутокинетического эффекта», который состоит в следующем. Если человеку, помещенному в темную комнату, экспонировать неподвижную светящуюся точку, то она будет казаться ему движущейся. Воспринимаемые отклонения от фиксированного положения данной точки подвержены широким индивидуальным различиям. Такое явное перемещение вызывается тем обстоятельством, что наши глаза никогда не бывают полностью неподвижными — они производят мелкие, но непрерывные перемещения. На первой стадии эксперимента Шериф много раз помещал каждого из испытуемых поодиночке в темную комнату со светящейся точкой и просил его отметить направление и степень ее перемещения. В последующих сериях эксперимента все испытуемые помещались вместе в той же самой комнате и вслух отмечали положение данной точки. В групповом эксперименте обнаружилась тенденция к конвергенции показаний испытуемых о положении светящейся точки. Иначе говоря, в группе им всем казалось, что эта точка находится примерно в одном и том же месте. Таким образом Шериф показал, как постепенно на основе взаимодействия членов группы формировалась групповая норма относительно положения данной точки. Однако его эксперимент на этом еще не был закончен. В последней серии эксперимента Шериф помещал испытуемых опять поодиночке в той же самой комнате с той же самой светящейся точкой. Оказалось, что испытуемые в большей степени придерживаются сложившейся групповой нормы, чем своих индивидуальных показаний, данных на первой стадии эксперимента. Таким образом, здесь групповые нормы выступали как стимулы, регулирующие действия испытуемых как членов определенной группы.

Действенность групповых норм обусловлена таким психологическим свойством личности, как *конформность*. Под конформностью понимается подчинение личности групповому давлению. Это проявляется в стремлении личности к согласованию своих мнений и действий с мнениями и действиями членов группы. Обратимся в качестве примера к данным широко известных экспериментов, которые провел Аш. Испытуемые (студенты колледжа), разбитые на группы от 7 до 9 человек, получили следующие инструкции: «Задача, которую вам предстоит выполнять, заключается в различении длины линий. Перед вами пара бе-

лых карточек. На левой из них имеется единственная линия, на правой — три линии различной длины. Они пронумерованы по порядку: 1, 2 и 3. Одна из этих трех линий справа равна эталонной линии слева. Вы должны определить в каждом случае, какая из них равна эталонной. Будет 12 таких сравнений. Так как число линий невелико и группа небольшая, я прошу каждого из вас по очереди высказывать свое суждение, которое я тут же буду фиксировать. Пожалуйста, будьте аккуратны, насколько возможно. Давайте начнем справа и продолжим налево». Существенная особенность этого эксперимента состоит в том, что он проводится с подставной группой. До начала указанных действий по оценке длины линии экспериментатор договаривается с испытуемыми (за исключением одного в каждой группе) давать один и тот же определенный, но неправильный ответ. При этом испытуемых рассаживают таким образом, чтобы очередь до «наивного субъекта» (по терминологии Аша) дошла к концу опроса. Ему приходится давать свои оценки после того, как он услышал оценки большинства членов группы. Длина линий, выбранных для оценки, существенно отличалась от длины эталона. Так, одна из них была примерно на одну треть короче эталонной. Тем не менее, по данным Аша, 37% «наивных субъектов» давали неправильный ответ о длине линий, точно следуя за оценками большинства — подставной группы. Испытуемые в контрольной группе, которые давали оценки длины линий поодиночке, никогда не делали ошибок. Эксперименты с использованием подобной методики проводил у нас Сопиков. Испытуемые (школьники от 7 до 18 лет) были разделены на группы по семь человек в каждой, включая «наивного субъекта». Обнаружилась примерно та же картина, что и в экспериментах Аша. Около трети «наивных субъектов» продемонстрировали свою подверженность групповому давлению. При этом девочки оказались на 10% конформнее мальчиков. С возрастом степень конформности уменьшалась и становилась постоянной к 15—16 годам.

Отечественные и зарубежные психологи получили немало интересных экспериментальных данных при изучении конформных реакций личности. Установлено, что степень конформности зависит от воспринимаемого индивидом престижа группы, степени неопределенности суждений, которые должны быть даны, величины группы. Имеют значение также индивидуальные свойства личности, ее психическое состояние в данный момент. Выделены два типа конформности — *уступчивость* и *интернализация*.

Под уступчивостью имеют в виду податливость индивида, который демонстрирует внешнее согласие с мнением группы, большинства при внутреннем несогласии.

Ученый, сверстник Галилея,
Был Галилея не глупее,
Он знал, что вертится Земля,
Но у него была семья.

Е. Евтушенко

Так слова поэта иллюстрируют явление «внешней» конформности. Да и сам Галилей был вынужден сначала отречься от своих взглядов на суде инквизиции, а затем, как гласит предание, уже оказавшись на свободе, заявил: «И все-таки она вертится!»

Более глубоким уровнем конформности является интернализация. В этом случае индивид принимает на веру мнение группы, действительно соглашается с ним и полностью его разделяет в последующих ситуациях. Индивид в такой степени попадает под влияние группы, что ее социальные нормы становятся его личными нормами. Мнение группы (внешнее) становится собственным мнением индивида. Иногда это явление называют «внутренней», или «истинной», конформностью.

Имеющийся опыт говорит о том, что конформность присуща всем людям. В противном случае человеческое общество вообще и различные формы его жизнедеятельности просто не могли бы существовать. Даже в тех случаях, когда индивид проявляет негативизм по отношению к нормам большинства, это может свидетельствовать лишь о его ориентации на нормы какой-либо другой группы лиц.

Референтные группы и личность. В течение жизни личность испытывает разнообразные воздействия со стороны различных групп, в состав которых она входит. Одни группы существенно влияют на личность во многих ее проявлениях, другие — незначительно и лишь в отдельных чертах. Сила влияния группы на личность зависит от многих факторов. Наибольший эффект наблюдается в тех случаях, когда группа является *референтной* (или эталонной) для данной личности. Так называется группа, с которой личность отождествляет себя в наибольшей степени. Социальные ценности и нормы референтной группы выступают для индивида в качестве эталонов деятельности, хотя сам он порой может даже и не входить в состав данной группы. Это явление хорошо описано Мольером в комедии «Мещанин во дворянстве». Ее герой Журден, принадлежа к мещанскому сословию, хочет во всем походить на дворянина. Поэтому он заказывает платья, какие носят дворяне, нанимает учителей танцев, фехтования и даже философии, чтобы во всем приобщиться к дворянству. С полным основанием можно сказать, что для мещанина Журдена референтной группой является дворянское сословие. Подросток, которого не принимают в очень значимую для него более взрослую компанию товарищей старшего брата, может ориентироваться на групповые нормы данной компании, копировать какие-то элементы одежды, формы поведения, лексику членов своей референтной группы. В социально-психологической литературе подобное явление обозначается специальным термином «предвосхищающая» социализация. Имеются в виду усилия индивида, направленные на построение своего поведения в ожидании получения доступа в группу с более высоким социальным статусом.

В литературе выделяется несколько типов референтных групп. *Нормативные группы* — ценности и нормы которых индивид одобряет и хочет вступить в эти группы или завоевать их расположение. Эти группы дают индивиду руководство к действию и ожидают от него соответствующего подчинения. К нормативным группам можно отнести семью, религиозную или национальную общность. Часто такими группами являются для индивида товарищеские компании, профессиональные или политические объединения. *Сравнительные группы* — в которые индивид не хочет входить или получить их расположение, но использует их как основу для оценки своего статуса или поведения. Так, индивид может обращаться к таким референтным группам для сравнения своих действий с действиями других людей, для определения степени законности своих действий, со-

поставления своих успехов в тех или иных областях. Например, исследователи в сфере организационной психологии используют понятие «социальной нормы» заработной платы, т. е. такой ее уровень, который работник считает для себя «нормальным», соответствующим его трудовому вкладу. Формирование этой «нормы» есть результат влияния соответствующей социально-профессиональной референтной группы. Как для рабочих, так и для служащих характерно сопоставление своей заработной платы с заработной платой других лиц соответствующей профессиональной группы и данного иерархического уровня в организации. Чем выше квалификация и образование работника, тем шире референтная группа при сравнении. Наряду с указанными выше возможны также *негативные* референтные группы, по отношению к которым тот или иной индивид находится в оппозиции. Это группы, символизирующие что-либо неприемлемое для данного индивида. Так, отдельные люди могут избегать покупки тех товаров или продуктов, которые ассоциируются у них с социальными группами, недостойными уважения. Обычно каждый человек имеет не одну, а несколько референтных групп. В одной ситуации он ориентируется на ценности и нормы одной группы, в другой ситуации — на другую группу и т. д. Для того чтобы лучше понять истоки тех или иных установок личности, причины ее поведения, необходимо знать, какие группы являются для данной личности референтными. Важность референтных групп как своеобразного оплота установок личности прямо или косвенно признается всеми, кто хочет радикально изменить эти установки. В таких случаях часто прибегают к физической и психологической изоляции индивидов от соответствующих референтных групп. Именно так делается в религиозных сектах кришнаитов и мунистов, где потенциальных новообращенных лиц ставят в условия подобной изоляции.

Порой референтность (эталонность) двух различных по своим нормам и традициям групп для одной и той же личности может приводить ее в положение маргинальности. Оно характеризуется одновременным пребыванием личности внутри определенной социальной группы и вне ее. Отсюда термин «маргинальная личность» (буквально: личность, находящаяся на краю). Примером является чеченец, окончивший вуз в Москве и давно живущий в столице, или африканец, получивший образование в одной из европейских стран и работающий там же. Такие люди подвержены сильному влиянию двух различных, во многом антагонистических культур. Нередко они стремятся принадлежать к обеим этническим группам, но полностью не принимаются ни одной. Это может приводить маргинальную личность к серьезным межролевым конфликтам, негативно влияющим на ее психику. При благоприятном развитии национальных взаимоотношений маргинальные люди служат, по замечанию Кона, своеобразным мостом между разными этническими группами и их культурами.

Понятие маргинальности используется не только в межэтническом плане. И мастер на промышленном предприятии, и сельский житель, переехавший в большой город, и замужняя женщина, профессионал высокого класса на своей работе, — это также маргинальные личности со всеми присущими им проблемами.

Социальная мотивация. Поведение личности в каждом конкретном случае имеет свои причины. То, что побуждает личность действовать именно так, а не иначе,

представляет собой мотивацию ее деятельности. Выявление мотивов деятельности людей — чрезвычайно трудная задача. Во-первых, потому, что сложные виды активности личности (например, трудовая) вызваны к жизни не одним, а несколькими факторами (потребностями). Во-вторых, потому, что мотивы могут быть не только осознанными, но и неосознанными. Обсуждая социальную мотивацию, следует подчеркнуть, что в ее основе лежат не врожденные, а приобретенные потребности. Они формируются в результате воспитания, обучения, воздействия на индивида других людей и групп. Конечно, биологические основы человека могут проявляться и в социальной мотивации. Так, стремление какого-либо человека к социальному доминированию имеет определенное, хотя и поверхностное, сходство с удовлетворением врожденных потребностей некоторых животных. Однако в конечном итоге огромное влияние социальных и культурных факторов на мотивацию человеческой личности неоспоримо. Имеется ряд экспериментальных данных, показывающих различное мотивационное значение некоторых воздействий для различных культурных групп.

Представители многих психологических школ интересуются социальными мотивами прежде всего потому, что такие мотивы на практике являются, вероятно, самыми мощными силами, управляющими поведением человека. Именно социальные мотивы побуждают нас достигать определенного социального статуса, носить модную одежду и действовать таким образом, чтобы получать одобрение со стороны своей социальной группы, соответствовать требованиям общественной морали.

Как отмечалось выше, люди в различных социальных группах, а также в обществе в целом, находясь во взаимозависимости друг с другом, выполняют те или иные социальные роли. При этом они различным образом оценивают позиции (статусы), которыми обладают. Данная оценка подразумевает сравнение своей собственной социальной роли со всеми другими. Одни члены общества воспринимаются как обладающие примерно равным статусом, другие — более высоким, некоторые — сравнительно низким. Человеку как члену общества присущ такой сильный социальный мотив, как переход в более высокий социальный слой. Люди в обществе стремятся к повышению своего социального статуса, поскольку это дает более высокий общественный престиж и уровень дохода. Так, нередко медсестра хочет получить диплом врача, ассистент кафедры в вузе — стать профессором, рядовой служащий фирмы — управляющим. Безусловно, сила и характер потребностей, лежащих в основе мотивации повышения своего социального статуса, будут различны у разных людей, например у двух юношей, один из которых вырос в крестьянской семье в Рязанской области, а другой является сыном крупного московского предпринимателя. Каждый из них будет по-разному понимать повышение своего социального статуса, и их станут удовлетворять совершенно различные достижения на своем жизненном пути.

Социальные мотивы людей могут иметь либо конкретный (соперничающий), либо кооперативный (сотрудничающий) характер. Тот или иной социальный статус обычно обретается посредством конкуренции или кооперации. Согласно экспериментальным данным (было сопоставлено поведение обезьян и маленьких детей), кооперация невозможна без соответствующего развития речи.

К социальным мотивам относят также конформность личности, ее стремление соответствовать неким образцам, принятым в определенной группе или данном обществе. Следование моде в одежде, прическе, даже образе жизни также представляет собой важный социальный мотив человеческого поведения. Далеко не всякий из нас согласится с тем, чтобы окружающие считали его «старомодным». Молодежь особенно склонна подражать своим кумирам, в роли которых могут выступать как реальные люди — популярные актеры, певцы, политики, так и герои фильмов, спектаклей, книг.

Среди важнейших социальных мотивов необходимо выделить подчинение авторитету. Повиновение официальной власти является неотъемлемой характеристикой любого общества, и его социальные институты функционируют именно благодаря соответствующей мотивации большинства людей. Обычно мы признаем необходимость легитимной (законной) власти и считаем себя обязанными ей подчиняться. Это происходит нередко даже в тех случаях, когда требования власти не соответствуют убеждениям и ценностям людей, противоречат им. Так, следуя приказу директора предприятия, работники выпускают в реку ядовитые отходы производства. Помощники политического деятеля, руководствуясь его распоряжениями, используют «грязные технологии», чтобы дискредитировать соперника. Когда такие случаи становятся известными общественности, то исполнители обычно проявляют стремление снять с себя вину полностью или по крайней мере частично, делая акцент на том, что они лишь следовали приказу свыше.

Стремление личности к подчинению авторитету объясняется, как считает Милграм, огромным значением социализации подчинения. Напомним, что *социализацией* называется процесс, в ходе которого индивид усваивает определенный социальный опыт и адаптируется к своему социальному окружению. С раннего детства в течение всей жизни человека учат подчиняться власти и вознаграждают за такое поведение. Подчинение становится бесспорной действующей нормой в учреждениях и социальных институтах вообще: в военной, медицинской, правовой, образовательной, религиозной, индустриальной и других сферах. Успешный результат действий личности в самых различных обстоятельствах часто является следствием мотивации подчинения авторитету независимо от того, идет ли речь о школьных оценках, здоровье, продвижении по службе, медалях за боевые заслуги, признании и т. д. Таким образом, в ходе своей жизни человек учится ценить подчинение, даже если это порой бывает не очень приятно.

Вопрос об основных социальных мотивах человека является открытым, и каждый из исследователей по-своему подходит к его рассмотрению. Выше уже освещалась теория «иерархии мотивов» Маслоу, который выделял потребности по степени их приоритета для личности. К числу социальных Маслоу относил потребности в принадлежности и любви, в уважении и самоуважении, в самоактуализации. Спустя несколько лет после появления данной работы Маслоу американский антрополог Линтон, изучавший особенности культуры различных народов, назвал три основные потребности, которые, на его взгляд, являются наиболее общими и наиболее значимыми для понимания человеческого поведения:

- потребность в эмоциональном отклике со стороны других, которая может проистекать из взаимоотношений зависимости в раннем детстве;

- потребность в долгосрочных гарантиях, исходящая из того непреложного факта, что люди обладают способностью воспринимать время — и прошлое и будущее. Люди имеют потребность в «перестраховании» и надежде, поэтому могут жить лишь в ожидании последующего вознаграждения;
- потребность в новизне жизненного опыта, которая появляется, когда другие потребности удовлетворены. Она проистекает из скуки и недостатка каких-либо испытаний.

Уайт трансформировал указанную идею в концепцию «действенности». Он считает характерным свойством человека стремление к компетентности, чтобы контролировать окружающую его среду. Отрицая инстинктивную природу этого свойства, Уайт настаивает на том, что мотивация «действенности» является производной от сугубо человеческой потребности в исследовательской активности и своеобразной игривости, направленных соответствующим образом на достижение компетентности.

Среди наиболее известных концепций социальной мотивации следует отметить «теорию трех потребностей», автором которой является Макклелланд. На основе эмпирических исследований он пришел к выводу, что мотивация поведения каждого индивида может быть порождена тремя следующими главными потребностями:

- потребностью в достижении (стремление к превосходству, к достижению определенной цели);
- потребностью во власти (стремление влиять на других, заставить их вести себя соответствующим образом);
- потребностью в аффилиации (стремление к дружеским и тесным межличностным отношениям).

Макклелланд отмечает, что любой человек имеет все эти три потребности, но у каждого индивида они выражены в разной степени. Так, человек может иметь высокий уровень потребности в достижении, средний — во власти и низкий — в аффилиации. Другому индивиду присуще совершенно иное сочетание этих потребностей. Особенно много внимания в работах Макклелланда уделяется анализу личности с преобладанием потребности в достижении. Эти люди требовательны к себе, упорны и реалистичны. Для них достижение определенного результата само по себе является целью. Они стремятся именно к личному достижению, а не к вознаграждению за успех. При этом человека, ориентированного на достижения, нельзя отнести к безрассудным авантюристам. Он избегает задач, которые считает очень трудными или очень легкими. Такой человек высчитывает вероятность своего успеха и предпринимает усилия для достижения цели лишь в том случае, если его оценка шансов на успех составляет по крайней мере пятьдесят на пятьдесят. Он очень верит в вероятность своего успеха, проявляет настойчивость и выдерживает длительное напряжение на пути к цели. Для него характерен также поиск конкретной обратной связи, чтобы самому оценить уже сделанное. Индивид с высоким уровнем потребности во власти стремится занять влиятельное положение. Ему нравится стоять во главе чего-либо, воздействовать на других людей, контролировать их поведение. Нередко он в большей мере озабочен по-

вышением степени влияния и престижа, чем успешным выполнением своих обязанностей. Для индивида с высоким уровнем потребности в аффилиации важнее всего расположение, дружба и любовь со стороны других людей, в том числе сослуживцев. Он считает, что постоянное стремление к успеху и влиянию на других препятствует теплым межличностным отношениям. Именно на такие отношения он и ориентирован. Поэтому достижения или власть занимают на шкале приоритетов такого индивида нижестоящие места. Будучи членом какой-либо организации, он вполне доволен положением, когда руководители проявляют заботу о нем лично, а сотрудники дружелюбны. Данные исследований Макклелланда можно использовать в практике управления персоналом, поскольку они позволяют менеджерам успешнее решать вопросы распределения обязанностей между работниками. Индивиды с высоким уровнем потребности в достижении предпочитают рабочие ситуации с персональной ответственностью, постоянной оценочной обратной связью и умеренной степенью риска. При наличии указанных факторов они будут иметь сильную трудовую мотивацию. Индивиды, для которых характерен высокий уровень потребности во власти, лучше работают в таких условиях, где можно действенно влиять на других людей. По имеющимся данным, лучшие менеджеры имеют высокий уровень потребности во власти и низкий — в аффилиации. Что касается индивидов с высоким уровнем потребности в аффилиации, то они предпочитают работу, включающую в себя частые контакты с людьми и возможности установления тесных межличностных отношений.

Исследования социальной мотивации дают дополнительные свидетельства уникальности каждого из нас. Сочетание различных мотивационных сил со всеми их оттенками, побуждающее ту или иную личность к какому-либо виду деятельности, всегда отличается неповторимым своеобразием.

Контрольные вопросы

1. Что такое тезаурус вашей личности:

❶ совокупность моих ощущений;

❷ то, что думают обо мне другие люди;

❸ запас моих знаний о мире;

❹ итоги моей самооценки?

2. Семантическая проблема коммуникации состоит в том, чтобы:

❶ выбрать подходящее техническое средство для передачи информации;

❷ использовать для передачи информации такие слова или знаки, которые наиболее точно выражают то, что вы хотите сказать;

❸ точно выразить свое психическое состояние;

❹ дать адекватную оценку данной ситуации общения.

3. Какой контакт устанавливается при межличностном общении, опосредованном каким-либо техническим средством:

❶ визуальный;

❷ тактильный;

❸ вербальный;

❹ технический?

4. Что изучает кинесика:

❶ межличностное взаимодействие;

❷ коммуникативные функции телодвижений;

❸ восприятие человека человеком;

❹ самооценки взаимодействующих людей?

5. Социальная роль профессора является:

❶ приписанной;

❷ достигнутой;

❸ ситуационной;

❹ гендерной.

6. Первым этапом усвоения личностью социальной роли является:

❶ установление хороших взаимоотношений данной личности с определенными людьми;

❷ согласие личности с требованиями данной социальной роли;

❸ получение личностью информации о требованиях данной социальной роли;

❹ социализация личности.

7. Я-концепция — это:

❶ понимание другими людьми социальной роли индивида;

❷ представление индивида о самом себе;

❸ согласие индивида с требованиями социальной роли;

❹ оценка личностью своих возможностей.

8. Личностно-ролевой конфликт подразумевает противоречие между:

❶ психологическими особенностями руководителя и подчиненного;

❷ требованиями двух различных социальных ролей;

❸ психологическими особенностями личности и требованиями социальной роли;

❹ психологически несовместимыми людьми.

Глава 8

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ГРУПП

Виды групп и их функции. Каждый из нас значительную часть своего времени проводит в различных группах: дома, на работе или в учебном заведении, на занятиях спортивной секции, среди дорожных попутчиков в купе железнодорожного вагона и т. д. Люди ведут семейную жизнь, воспитывают детей, трудятся и отдыхают. При этом они вступают в определенные контакты с другими людьми, так или иначе взаимодействуют с ними — помогают друг другу или, наоборот, конкурируют. Порой люди в группе переживают одни и те же психические состояния, и это определенным образом влияет на их деятельность.

Различного рода группы издавна являются объектом социально-психологического анализа. Однако далеко не всякую совокупность индивидов можно называть группой в строгом смысле этого термина. Несколько человек, столпившихся на улице и наблюдающих за последствиями дорожно-транспортного происшествия, представляют собой не группу, а агрегацию — соединение людей, случайно оказавшихся здесь в данный момент. Эти люди не имеют общей цели, между ними нет взаимодействия, через минуту-другую они разойдутся навсегда и ничто не будет их соединять. Если же эти люди начнут предпринимать совместные действия, чтобы помочь пострадавшим при аварии, то тогда на короткое время они станут группой. Таким образом, для того чтобы какая-либо совокупность индивидов считалась группой в социально-психологическом смысле, необходимо, как в драматических произведениях классицизма, наличие трех единств — места, времени и действия. При этом действие обязательно должно быть совместным. Важно также, чтобы взаимодействующие люди считали себя членами данной группы. Такая идентификация (отождествление) каждого из них со своей группой приводит в итоге к формированию чувства «мы» в противоположность «им» — другим группам. Указанные признаки характеризуют группы, включающие в свой состав сравнительно небольшое число членов, так что взаимодействие осуществляется «лицом к лицу». В социальной психологии такие группы называются *малыми*. Малая группа — это совокупность индивидов, непосредственно взаимодействующих друг с другом для достижения общих целей и осознающих свою принадлежность к данной совокупности.

Наряду с малыми группами в качестве объектов социально-психологического анализа могут выступать также совокупности индивидов, насчитывающие от нескольких десятков до нескольких миллионов людей. Это группы *большие*, к которым относят этнические общности, профессиональные объединения, политические партии, различные крупные по своей численности организации. Порой к социальным группам относят также совокупности лиц, имеющих какие-либо общие характеристики, например студенты вузов, безработные, инвалиды труда. Подобные группы нередко называют *социальными категориями*.

Все разнообразие человеческих групп в обществе можно подразделить также на *первичные* и *вторичные* группы, как это сделал в начале прошлого века американский психолог Кули. Первичные — это контактные группы, в которых люди не только взаимодействуют «лицом к лицу», но и тесно объединены эмоциональной близостью. Первичной группой Кули назвал семью, потому что это первая для любого человека группа, в которую он попадает. Семья играет первостепенную роль и в социализации личности. Позднее психологи стали называть первичными группами все те, которые характеризуются межличностным взаимодействием и солидарностью. В качестве примеров подобных групп можно назвать компанию друзей или узкий круг коллег по работе. Принадлежность к тем или иным первичным группам сама по себе является ценностью для ее членов и не преследует никаких других целей.

Вторичные группы характеризуются безличным взаимодействием их членов, которое обусловлено теми или иными официальными организационными отношениями. Такие группы по своей сути противоположны первичным. Значимость членов вторичных групп друг для друга определяется не их индивидуальными свойствами, а умением выполнять определенные функции. Люди объединяются во вторичные группы прежде всего стремлением к получению каких-либо экономических, политических или иных выгод. Примерами таких групп являются производственная организация, профессиональный союз, политическая партия. Возможно, что во вторичной группе личность находит именно то, чем она была обделена в первичной группе. На основе своих наблюдений Верба заключает, что обращение личности к активному участию в деятельности какой-либо политической партии может быть своеобразным ответом личности на ослабление привязанностей между членами своей семьи. При этом силы, побуждающие индивида к такому участию, являются не столько политическими, сколько психологическими.

Группы подразделяются также на *формальные* и *неформальные*. В основе такого деления лежит характер *структуры* группы. Структура группы — существующее в ней относительно постоянное сочетание межличностных отношений. Структура группы может определяться как внешними, так и внутренними факторами. На характер отношений между членами группы могут влиять решения другой группы или какого-то лица извне. Внешняя регламентация определяет формальную (официальную) структуру группы. В соответствии с такой регламентацией члены группы должны взаимодействовать друг с другом определенным, предписанным им образом. Так, характер взаимодействия в производственной бригаде может зависеть как от особенностей технологического процесса, так и от административно-

правовых предписаний. То же самое относится и к любому подразделению лечебного учреждения. Специфика деятельности людей в официальной организации зафиксирована служебными инструкциями, приказами и другими нормативными актами. Формальная структура создается для того, чтобы обеспечить выполнение определенных официальных задач. Если из нее выпадает какой-либо индивид, то освободившееся место занимает другой, такой же специальности, квалификации. Связи, составляющие формальную структуру, безличны. Группа, основанная на подобных связях, поэтому и называется формальной.

Если формальная структура группы определяется внешними факторами, то неформальная — внутренними. Неформальная структура является следствием личного стремления индивидов к тем или иным контактам и отличается большей гибкостью по сравнению с формальной. Люди вступают в неформальные отношения друг с другом для того, чтобы удовлетворить свои потребности в общении, объединении, привязанности, дружбе, получении помощи, доминировании, уважении. Неформальные связи возникают и развиваются спонтанно, по мере того как индивиды взаимодействуют друг с другом. На основе таких связей образуются неформальные группы, например компания друзей или единомышленников. В этих группах люди совместно проводят время, занимаются спортом, охотой и т. п.

Возникновению неформальных групп может способствовать пространственная близость индивидов. Подростки, живущие в одном дворе или близлежащих домах, могут составить неформальную группу, потому что постоянно встречаются друг с другом, имеют общие интересы и проблемы. Принадлежность индивидов к одним и тем же формальным группам облегчает неформальные контакты между ними и также способствует образованию неформальных групп. Рабочие, выполняющие одни и те же операции в одном и том же цехе, чувствуют психологическую близость, потому что имеют много общего. Это приводит к зарождению солидарности и соответствующих неформальных взаимосвязей.

Образуя группы, люди нередко очень дорожат своим членством в них. Группы обеспечивают удовлетворение тех или иных потребностей общества в целом и каждого из его членов в отдельности. Американский социолог Смелзер выделяет следующие функции групп: 1) социализации; 2) инструментальную; 3) экспрессивную; 4) поддерживающую.

Социализацией называется процесс включения личности в определенную социальную среду и усвоение ее норм и ценностей. Человек, подобно высокоорганизованным приматам, только в группе может обеспечить свое выживание и воспитание подрастающих поколений. Именно в группе, прежде всего в семье, индивид овладевает рядом необходимых социальных умений и навыков. Первичные группы, в которых пребывает ребенок, способствуют его включению в систему более широких социальных связей.

Инструментальная функция группы состоит в осуществлении той или иной совместной деятельности людей. Многие виды деятельности невозможны в одиночку. Конвейерная бригада, отряд спасателей, хореографический ансамбль — все это примеры групп, играющих инструментальную роль в обществе. Участие в таких группах, как правило, обеспечивает человеку материальные средства к жизни, предоставляет ему возможности самореализации.

Экспрессивная роль групп состоит в удовлетворении потребностей людей в одобрении, уважении и доверии. Эту роль выполняют часто первичные неформальные группы. Будучи их членом, индивид получает удовольствие от общения с психологически близкими ему людьми.

Поддерживающая функция группы проявляется в том, что люди стремятся к объединению в трудных для них ситуациях. Они ищут психологической поддержки в группе, чтобы ослабить неприятные чувства. Ярким примером этого могут служить эксперименты американского психолога Шахтера. Сначала испытуемых, в качестве которых выступали студенты одного из университетов, разделили на две группы. Членам первой из них сообщили, что они будут подвергнуты сравнительно сильному удару электрического тока. Членам второй группы сказали, что их ожидает очень легкий, похожий на щекотку, удар электрического тока. Далее всем испытуемым задавали вопрос, как они предпочитают ожидать начала эксперимента: в одиночку или вместе с другими его участниками? Обнаружилось, что примерно две трети испытуемых первой группы высказали желание находиться вместе с другими. Во второй группе, наоборот, примерно две трети испытуемых заявили, что им безразлично, как ожидать начала эксперимента, — в одиночку или с другими. Итак, когда человек встречается с каким-либо угрожающим фактором, то группа может предоставить ему ощущение психологической поддержки или утешения. К такому выводу пришел Шахтер. Перед лицом опасности люди стремятся психологически приблизиться друг к другу. Поддерживающая функция группы может ярко проявляться в ходе сеансов групповой психотерапии. При этом иногда человек психологически настолько сближается с другими членами группы, что его вынужденный уход (по окончании курса лечения) тяжело им переживается.

Размер группы и ее структура. Одним из важных факторов, определяющих свойства группы, является ее размер, численность. Большинство исследователей, говоря о численности группы, начинают с диады — соединения двух лиц. Иную точку зрения высказывает польский социолог Щепаньский, который полагает, что группа включает в себя не менее трех человек. Диада действительно представляет собой специфическое человеческое образование. С одной стороны, межличностные связи в диаде могут отличаться большой прочностью. Возьмем, например, влюбленных, друзей. По сравнению с другими группами принадлежность к диаде вызывает гораздо более высокую степень удовлетворенности ее членов. С другой стороны, диаде как группе свойственна и особая хрупкость. Большинство групп продолжает существование, если лишается одного из своих членов, диада в этом случае распадается. Взаимоотношения в триаде — группе из трех человек также отличаются своей специфичностью. Каждый из членов триады может действовать в двух направлениях: способствовать укреплению этой группы или стремиться к ее разъединению. Экспериментально обнаружено, что в триаде проявляется тенденция к объединению двух членов группы против третьего.

При классификации групп по их численности обычно специальное внимание уделяют малым группам. Они состоят из небольшого числа лиц (от двух до десяти), имеющих общую цель и дифференцированные ролевые обязанности. Изучение структуры и динамики малых групп является важным направлением

исследований современной социальной психологии. Нередко термины «малая группа» и «первичная группа» используют в одном и том же смысле. Однако различие между ними есть. Основой использования термина «малая группа» является ее численность. Первичная группа характеризуется особенно высокой степенью групповой принадлежности, тесной эмоциональной привязанностью. Это же можно наблюдать и во многих малых группах. Однако далеко не всегда. Все первичные группы являются малыми, но не все малые группы оказываются первичными.

Любая группа имеет ту или иную *структуру* — определенную совокупность относительно устойчивых взаимосвязей между ее членами. Особенности этих взаимосвязей обусловливают всю жизнедеятельность группы, включая продуктивность и удовлетворенность ее членов. На структуру разных групп влияют различные факторы. Прежде всего — это *цели группы*. Рассмотрим, например, экипаж самолета. Для того чтобы самолет долетел до пункта назначения, необходимо, чтобы каждый член экипажа вступал в контакты с каждым из остальных его членов. Таким образом, в соответствии с целью группы возникает необходимость тесной интеграции действий всех ее членов. В группах другого типа характер взаимосвязей выглядит иным образом. Так, в каком-либо административном отделе служащие могут нести специфические обязанности, при выполнении которых они друг от друга не зависят и согласовывают свою деятельность только с руководителем отдела. Для достижения общей цели обмен информацией между рядовыми членами группы в данном случае не является необходимым (хотя наличие неформальных товарищеских контактов может благотворно влиять на деятельность этой группы). Отметим также роль такого фактора, как степень автономности группы. Все функциональные взаимосвязи между членами бригады поточного производства заранее четко определены. Рабочие не могут внести изменения в существующую структуру этих связей без согласования с руководством. Степень автономности такой группы незначительна. Напротив, члены киносъемочной группы, степень автономности которой высока, обычно сами определяют характер внутригрупповых взаимосвязей. Структура такой группы отличается большей гибкостью.

К числу существенных факторов, влияющих на структуру группы, относятся также социально-демографические, социальные и психологические особенности ее членов. Высокая степень однородности группы по таким признакам, как пол, возраст, образование, уровень квалификации и потому наличие общности интересов, потребностей, ценностной ориентации, является хорошей основой для возникновения тесных связей между работниками.

Разнородная по указанным признакам группа обычно распадается на несколько неформальных групп, каждая из которых сравнительно однородна по своему составу. Например, в каком-либо подразделении учреждения в отдельные неформальные группы могут объединяться мужчины, женщины, пожилые люди, молодые, болельщики футбола, любители садоводства. Структура такого подразделения будет существенно отличаться от структуры другого, состоящего только из мужчин примерно одного возраста, имеющих одинаковый уровень квалификации и к тому же болеющих за один и тот же футбольный клуб. В этом случае есть все

предпосылки для возникновения постоянных и прочных контактов между членами данной группы. На основе такой общности рождается чувство спаянности, чувство «мы». Структура группы с высокой степенью чувства «мы» характеризуется более тесными взаимосвязями ее членов по сравнению со структурой группы, не отличающейся таким единством. В последнем случае контакты ограничены и носят преимущественно официальный характер. Неформальные связи при этом менее значительны и не объединяют всех членов данной группы.

Степень сплоченности группы зависит также от того, насколько принадлежность к ней удовлетворяет потребности ее членов. Факторами, привязывающими человека к группе, могут быть интересная работа, сознание ее общественной важности, престиж группы, наличие друзей. Структура группы зависит также от ее величины. Связи между членами групп, состоящих из 5–10 человек, обычно прочнее, чем в больших по численности. Структура небольших групп чаще складывается под влиянием неформальных взаимоотношений. В этом случае легче организовать взаимозаменяемость, чередование функций между ее членами. Но вряд ли возможны постоянные неформальные контакты всех членов группы, состоящей из 30–40 человек и более. Внутри такой группы чаще всего возникает несколько неофициальных подгрупп. Структура группы в целом по мере ее увеличения все в большей степени будет характеризоваться формальными взаимосвязями.

Психологическая совместимость в группе. В процессе совместной деятельности членам малой группы необходимо вступать в контакты друг с другом для передачи информации и координации своих усилий. От уровня такой координации всецело зависит продуктивность группы, каким бы видом деятельности в ней ни занимались. В свою очередь, этот уровень есть величина, производная от той или иной степени *психологической совместимости* членов группы. Это понятие можно определить как способность членов группы к совместной деятельности, основанную на их оптимальном сочетании. Совместимость бывает обусловлена как сходством каких-либо одних свойств членов группы, так и различием их других свойств. В итоге это приводит к взаимодополняемости людей в условиях совместной деятельности, так что данная группа представляет собой определенную целостность.

Известно, что любая реальная группа не является просто суммой входящих в ее состав индивидов. Поэтому оценку деятельности группы необходимо давать с учетом выдвинутого Горбовым и Новиковым принципа интегративности, т. е. взгляда на группу как на единый неразрывно связанный организм. При изучении психологической совместимости основное внимание уделяют таким группам, которым приходится выполнять свои задачи в условиях относительной изоляции от социальной среды (космонавты, полярники, участники различных экспедиций). Однако роль психологически совместимых групп важна во всех без исключения сферах совместной деятельности людей. Наличие психологической совместимости членов группы способствует их лучшей срабатываемости и в итоге — большей эффективности труда. В соответствии с данными исследований Обозова можно выделить следующие критерии оценки совместимости и срабатываемости: 1) результаты деятельности; 2) эмоционально-энергетические затраты ее участников; 3) их удовлетворенность этой деятельностью. Выделяют два основ-

ных вида психологической совместимости: психофизиологическую и социально-психологическую. В первом случае подразумевается определенное сходство психофизиологических характеристик людей и на этой основе согласованность их эмоциональных и поведенческих реакций, синхронизация темпа совместной деятельности. Во втором случае имеется в виду эффект оптимального сочетания типов поведения людей в группе, общности их социальных установок, потребностей и интересов, ценностных ориентаций.

Далеко не каждый вид совместной деятельности требует психофизиологической совместимости членов группы. Возьмем, например, сотрудников кафедры вуза, каждый из которых выполняет свою работу в одиночку: читает лекции, проводит семинары, принимает экзамены и зачеты, руководит научной работой аспирантов и студентов. Для того чтобы деятельность кафедры в целом была успешной, имеет значение только социально-психологический аспект совместимости. В то же время эффективный труд на конвейерном производстве невозможен без наличия психофизиологической совместимости членов бригады. При поточной работе каждый человек должен совершать свои движения в определенном темпе, необходима четкая согласованность действий людей. Если члены конвейерной бригады к тому же совместимы и в социально-психологическом плане, это еще более способствует ее успешной работе.

В современных условиях (в сферах труда, спорта) существует ряд видов деятельности, требующих как психофизиологической, так и социально-психологической совместимости, например групповая работа операторов в автоматизированных системах управления. С целью оптимального комплектования подобных групп может применяться так называемая гомеостатическая методика, предложенная Горбовым и его сотрудниками. Их исследования показали, что учет требований психологической совместимости способствует повышению продуктивности и удовлетворенности испытуемых в экспериментальных группах. В качестве примера использования этой методики сошлемся на работу, проведенную в 1960-е гг. в лаборатории социальной психологии Санкт-Петербургского университета Голубевой и Иванюком. Установка «гомеостата» представляет собой устройство, с помощью которого можно моделировать групповую взаимозависимую деятельность людей в процессе решения задачи. Данное устройство включает в себя три или четыре одинаковых прибора, каждый из которых имеет стрелочный индикатор и рукоятку управления. Перед этими приборами располагаются испытуемые (соответственно три или четыре человека). Их общая задача — установить стрелки всех приборов в заданном экспериментатором положении. При этом приборы взаимосвязаны таким образом, что если кто-либо из членов экспериментальной группы будет манипулировать рукояткой сам по себе, игнорируя действия остальных, задачу невозможно решить. Эксперименты показали, что можно выделить четыре следующих типа коммуникативного поведения:

1) поведение людей, стремящихся к лидерству, которые могут решать задачу, лишь подчиняя себе других членов группы;
2) поведение индивидуалистов, пытающихся решить задачу в одиночку;
3) поведение людей, приспосабливающихся к группе, легко подчиняющихся приказам других ее членов;

4) поведение коллективистов, которые стараются решить задачу совместными усилиями; они не только принимают предложения других членов группы, но и сами выступают с инициативой.

Успешно решить задачу удавалось далеко не каждой группе. Например, когда человек, стремящийся к лидерству, не мог заставить остальных следовать его приказам, он нередко совсем отказывался участвовать в эксперименте, а если и оставался, то вел себя очень пассивно. Если же группа состояла в основном из индивидуалистов, то каждый из них стремился действовать обособленно от других, сам по себе. Только определенные сочетания различных типов поведения оказывались удачными. В экспериментах быстрее всего решали свою задачу те группы, члены которых были достаточно активны и обменивались информацией, действуя коллегиально. При работе на более простом гомеостатическом устройстве, где было достаточно понимания задачи лишь одним из трех членов группы, эффективную деятельность демонстрировало также следующее сочетание: один член группы активен, а двое других целиком подчиняются ему. Хотя эксперименты проводились в лаборатории, полученные данные имеют прямое отношение к условиям деятельности различных групп.

Следовательно, психологическая совместимость в группах формируется за счет действия разнообразных факторов. Степень такой совместимости членов одной и той же группы может быть различной на разных этапах ее жизнедеятельности в силу динамики межличностных отношений. Комплектование групп с учетом требований психологической совместимости способствует повышению уровня их продуктивности и оптимизации социально-психологического климата.

Групповой подход к принятию решений. В практической деятельности нередко встречаются ситуации, когда все члены группы так или иначе принимают участие в выработке и принятии решений. С точки зрения здравого смысла совместный подход к принятию решений может казаться более эффективным, чем единоличное решение. Вспомним поговорку: «Ум хорошо, а два лучше». Действительно, то, чего не знает один член группы, может знать другой. В тех случаях, когда решение подразумевает один-единственный определенный ответ, разумно предположение, что чем больше людей в группе, тем больше вероятность того, что по крайней мере один из них найдет этот ответ. Однако нередко специалисты в разных областях высказывают скептическое отношение к групповым решениям, приводя другую, более современную поговорку: «Верблюд — это лошадь, спроектированная комиссией».

Психологи в течение последних десятилетий заняты сопоставлением эффективности индивидуальных и групповых решений. Процесс группового принятия решений по сути сходен с процессом индивидуального принятия решений. В том и другом случае присутствуют одни и те же стадии — уяснение проблемы, сбор информации, выдвижение и оценка альтернатив и выбор одной из них. Однако процесс группового принятия решений является более сложным в социально-психологическом плане, так как каждая из этих стадий сопровождается взаимодействием между членами группы и соответственно столкновением различных взглядов.

Само по себе взаимодействие членов группы может характеризоваться, как отмечает американский психолог Митчелл, следующими проявлениями:

1) некоторые индивиды склонны говорить больше, чем другие;
2) индивиды с высоким статусом оказывают большее влияние на решение, чем индивиды с низким статусом;
3) группы часто тратят значительную долю времени на устранение межличностных разногласий;
4) группы могут упустить из виду свою цель и отделаться несообразными выводами;
5) члены группы часто испытывают исключительно сильное давление, побуждающее их к конформности.

Групповое обсуждение порождает в два раза больше идей по сравнению с ситуациями, когда те же самые люди работают единолично (Холл, Моутон, Блейк). Решения, принятые группой, отличаются большей точностью, чем индивидуальные решения. Это объясняется тем, что группа в целом обладает большим количеством знаний, чем один индивид. Информация является более разносторонней, что обеспечивает большее разнообразие подходов к решению проблемы. Однако группы обычно не способствуют проявлению творческих сил при принятии решений. Чаще всего группа подавляет творческие порывы отдельных ее членов. Принимая решения, группы могут следовать привычным образцам в течение долгого периода, хотя группы лучше отдельных индивидов могут оценить новаторскую идею. Поэтому группу порой используют для того, чтобы вынести суждение о новизне и оригинальности той или иной идеи. При групповом принятии решений возрастает приемлемость принятых решений для всех членов группы. Известно, что многие решения не удается воплотить в жизнь, потому что люди не согласны с ними. Но если люди сами участвуют в принятии решений, они охотнее поддерживают их и побуждают других согласиться с ними. Участие в процессе принятия решений налагает на индивида соответствующие моральные обязательства и повышает уровень его мотивации, если ему предстоит выполнять эти решения. Важное достоинство групповых решений состоит в том, что они могут восприниматься более легитимными по сравнению с решениями, принятыми единолично.

Хоффман изучал роль такой характеристики, как состав группы. Полученные данные показали, что гетерогенные (разнородные) группы, члены которых различались по квалификации и опыту, обычно принимали решения более высокого качества, чем гомогенные (однородные) группы. Однако гомогенные группы, члены которых имели сходство по квалификации и опыту, отличались другими преимуществами. Такие группы способствовали удовлетворенности их членов и уменьшению конфликтности. Отмечалась большая гарантия того, что в процессе данной деятельности группы ни один из ее членов не будет доминировать.

Исследовалась также роль особенностей группового взаимодействия при принятии решения. На этом основании выделяют *интерактивные* и *номинальные* группы. Обычная дискуссионная группа, например та или иная комиссия, члены которой непосредственно взаимодействуют друг с другом в целях приня-

тия решения, называется интерактивной. В номинальной группе, наоборот, каждый из членов действует сравнительно изолированно от остальных, хотя порой все они находятся в одном помещении (но бывают и пространственно разобщены). На промежуточных стадиях работы эти лица обеспечиваются информацией о деятельности друг друга и имеют возможность менять свои мнения. В этом случае можно говорить о косвенном взаимодействии. Как отмечает Дункан, номинальные группы превосходят интерактивные на всех этапах решения проблемы, кроме этапа синтеза, когда высказанные членами группы идеи сопоставляются, обсуждаются и комбинируются. В итоге сделан вывод о необходимости комбинирования номинальной и интерактивной форм, поскольку это приводит к выработке групповых решений более высокого качества.

При рассмотрении проблем группового принятия решений следует обратить внимание на явление *деиндивидуализации личности*. Утрата индивидом чувства идентичности в группе часто приводит к растормаживанию нравственных начал, сдерживающих личность в определенных моральных рамках. Вследствие такой деиндивидуализации отдельные индивиды в группе могут иногда принимать решения, которые являются весьма консервативными или слишком рискованными. Порой групповые решения оказываются даже аморальными в такой степени, в какой это не свойственно большинству членов группы, рассматриваемых в отдельности.

Значительное внимание уделяется проблеме уровня риска в групповых решениях. Полученные результаты разноречивы. Так, имеются экспериментальные данные, свидетельствующие об усреднении крайних позиций в процессе принятия группового решения. В итоге решение оказывается менее рискованным, чем возможное индивидуальное. В соответствии с другими исследованиями, групповые решения отличаются большей долей риска по сравнению с решениями, предпочитаемыми «средним» членом этой группы (Бем, Коган, Уоллах). Принимая решения, группа стремится к альтернативам, обеспечивающим более высокий конечный результат, но меньшую вероятность его достижения. Наряду с этим были обнаружены и значительные совпадения между распределениями групповых и индивидуальных решений: групповое решение несет в себе бóльшую степень риска, чем решение «среднего» члена группы, однако любое групповое решение не рискованнее индивидуальных решений отдельных членов данной группы. Явление увеличения уровня риска в решениях, принимаемых группой, получило название «сдвига риска». Это явление представляет следствие деиндивидуализации личности в группе и называется «диффузией» ответственности, поскольку ни один из членов группы не наделен всей полнотой ответственности за окончательное решение. Индивид знает, что ответственность возлагается на всех членов группы.

Порой группа может склоняться к самым необоснованным решениям. Особенно это характерно для групп с большой степенью сплоченности. Иногда члены группы в такой степени стремятся к консенсусу (полному единогласию при принятии группового решения), что игнорируют реалистические оценки своих решений и их последствий. Члены подобных групп могут обладать высоким социальным статусом, и значимость их решений бывает исключительно велика для многих людей.

Единодушие нередко торжествует победу над взвешенным критическим подходом к проблеме. В итоге, достигая консенсуса, члены группы принимают неэффективное решение. Американский психолог Джанис назвал это явление «*огрупплением мышления*». Среди его симптомов — иллюзия неуязвимости членов группы и анонимности решения, чрезмерный оптимизм, склонность к риску. При этом группа обсуждает минимальное число альтернатив. Возможный риск последствий решения, к которому склоняются в группе, не рассматривается. Экспертные мнения совсем не принимаются в расчет. Игнорируются также все факты и мнения, не поддерживающие групповую точку зрения. Члены группы проявляют самоцензуру в отношении любого отклонения от явного консенсуса. Таким образом, чем больше члены группы проникнуты духом единства, тем сильнее опасность, что независимое, критическое мышление будет замещено «огрупплением».

Решения, принятые той или иной реальной группой, на практике всегда имеют социальный характер. В этих решениях неизбежно отражаются цели, ценности и нормы соответствующих социальных групп.

Руководство и лидерство. Одной из сторон разделения труда в любой организации является наличие руководителей и руководимых. В любой сравнительно сложной организации можно обнаружить целую иерархию руководителей различных управленческих рангов. В простой организации — на уровне малой группы — имеется по крайней мере один руководитель. Понятие «руководство» широко используется в литературе по управлению организациями. Этот термин образован из двух слов: «рука» и «водить». Но его смысл совсем не в том, что руководить — это «водить рукой» (например, подписывая документы). «Собирающая» — вот первоначальное значение слова «рука» в славянских языках. Руководить — это значит собирать, объединять людей и направлять их движение к определенной цели. Успешный труд совместно работающих людей невозможен без соответствующей организации и направления их действий.

Термин «лидерство» происходит от английского слова *leadership*, что означает и руководство, однако отечественные авторы иногда выделяют руководство и лидерство как два различных явления, присущих организованным (в той или иной степени) общностям. Основное их различие состоит в следующем. Взаимодействие руководителей и руководимых ими людей осуществляется в системе административно-правовых отношений той или иной официальной организации. Что касается взаимодействия лидеров и ведомых, то оно может происходить как в системе административно-правовых, так и морально-психологических связей между людьми. Если первые являются необходимым признаком любой официальной организации, то вторые возникают спонтанно как следствие взаимодействия людей и в официальных, и в неофициальных организациях. Таким образом, в одном и том же акте взаимодействия двух сотрудников какой-либо организации или учреждения иногда можно наблюдать одновременно и отношения руководства, и отношения лидерства, а иногда только один из этих видов отношений.

Явление лидерства привлекает внимание исследователей с незапамятных времен. К наиболее ранним попыткам построения теории лидерства относятся поиски специфических черт личности, присущих лидерам. При этом считается,

что человек проявляется как лидер вследствие своих исключительных физических или психологических характеристик, дающих ему определенное превосходство над другими. Сторонники указанного подхода основываются на предпосылке о том, что некоторые люди «рождаются лидерами», в то время как другие, оказавшись даже в роли официальных руководителей, никогда не смогут достигнуть успеха. Истоки таких теорий можно найти еще в трудах философов Древней Греции и Рима, которые рассматривали исторический ход событий как результат действий выдающихся людей, призванных руководить массами в силу своих природных качеств.

В XX в. психологи, находившиеся на позициях бихевиоризма, стали склоняться к мысли о том, что черты лидера нельзя считать всецело врожденными и потому некоторые из них можно приобрести посредством обучения и опыта. Проводились эмпирические исследования с целью выявления универсальных черт, которые должны быть свойственны лидерам. Анализу подвергались как психологические черты лидеров (интеллект, воля, уверенность в себе, потребность в доминировании, общительность, способность к адаптации, сенситивность и др.), так и конституциональные (рост, вес, телосложение). К началу 1950 г. было проведено более 100 подобных исследований. Обзоры этих работ показали широкое разнообразие «черт лидера», обнаруженных разными авторами. Лишь 5% черт оказались общими для всех.

Неудачные попытки определить черты личности, которые были бы постоянно связаны с успешным лидерством, привели к формированию других теорий. Была выдвинута концепция, делающая акцент на успешности выполнения лидером различных функций, которые необходимо осуществлять для того, чтобы группа достигала своих целей. Существенным элементом такого подхода было перемещение внимания от черт лидера к его поведению. В соответствии с этой точкой зрения выполняемые лидером функции зависят от особенностей ситуации. Поэтому был сделан вывод о необходимости учета ряда «ситуационных переменных». Получено немало данных, свидетельствующих о том, что поведение, требуемое от лидера в одной ситуации, может не соответствовать требованиям другой ситуации. Лидер, постоянно эффективный в рамках ситуации одного типа, нередко оказывается совершенно неэффективным в иных условиях. Следовательно, для успешного лидерства в одних условиях лидеру необходимо обладать одними чертами личности, в других условиях — чертами, порой прямо противоположными. Отсюда понятны появление и смена неформального лидерства. Так как ситуация в любой группе подвержена тем или иным изменениям, а черты личности более стабильны, то и лидерство может переходить от одного члена группы к другому. В зависимости от требований ситуации лидером будет тот член группы, черты личности которого окажутся в данный момент «чертами лидера». Как мы видим, в этих случаях черты личности лидера рассматриваются лишь как одна из «ситуационных» переменных наряду с другими. К таким переменным относят также ожидания и потребности руководимых лиц, структуру группы и специфику ситуации данного момента, более широкую культурную среду, в которой находится группа.

Отмечено большое разнообразие факторов, влияющих на лидерство. Простое их перечисление не создает сколько-нибудь обоснованной теории лидерства. Нет и достаточного количества данных, которые позволили бы аргументировать роль указанных «ситуационных» переменных. В целом такой подход преуменьшает роль активности личности, возводя совокупность тех или иных обстоятельств в ранг высшей силы, всецело определяющей поведение лидера.

В последние годы на Западе разрабатывается концепция лидерства, понимаемого как «система воздействий». Эту концепцию иногда считают дальнейшим развитием «ситуационизма». Однако в отличие от ситуационного подхода здесь лица, ведомые лидером, рассматриваются не в качестве лишь одного из «элементов» ситуации, а как центральный компонент процесса лидерства, активные его участники. Сторонники данной теории отмечают, что лидер, конечно, воздействует на ведомых, но, с другой стороны, столь же важен и факт воздействия ведомых на лидера. На основе анализа взаимодействия лидера и ведомых ряд авторов заключает, что обоснованный подход к процессу лидерства должен связать воедино три следующих фактора — лидера, ситуацию и группу ведомых. Таким образом, каждый из этих факторов влияет на каждый из других и испытывает, в свою очередь, их воздействие.

Методы деятельности лидеров отличаются большим разнообразием. Изучая эти методы применительно к малым группам, социальные психологи разработали ряд классификаций стилей лидерства. Приведем наиболее распространенную классификацию, которая берет начало от работ Левина. В основу этой классификации положен такой важный компонент поведения лидера, как подход к принятию решений. При этом выделяются следующие стили лидерства.

1. *Автократический.* Лидер принимает решения единолично, определяя всю деятельность подчиненных и не давая им возможности проявить инициативу.
2. *Демократический.* Лидер вовлекает подчиненных в процесс принятия решений на основе групповой дискуссии, стимулируя их активность и разделяя вместе с ними все полномочия по принятию решений.
3. *Свободный.* Лидер избегает какого-либо собственного участия в принятии решений, предоставляя подчиненным полную свободу принимать решения самостоятельно.

Наблюдения над экспериментально созданными группами, проведенные под руководством Левина, выявили наибольшие преимущества демократического стиля лидерства. При этом стиле группа отличалась наивысшей удовлетворенностью, стремлением к творчеству, наиболее благоприятными взаимоотношениями с лидером. Однако показатели продуктивности были наивысшими в условиях автократического лидерства, немного ниже — при демократическом стиле, самыми низкими — при свободном стиле.

Каждый из рассмотренных стилей лидерства обладает и преимуществами, и недостатками, рождает свои проблемы. Автократическое лидерство позволяет быстро принимать решения. В практике деятельности различных организаций нередко возникают ситуации, в которых решения надо принимать оперативно, а успех достигается при беспрекословном подчинении приказу руководителя.

Выбор стиля лидерства в таком случае должен определяться временем, отведенным на принятие решения. Один из главных недостатков такого стиля — часто возникающая неудовлетворенность подчиненных, которые могут считать, что их творческие силы не находят должного применения. Кроме того, автократический стиль лидерства обычно рождает злоупотребление негативными санкциями (наказаниями). Высокая эффективность демократического лидерства основана на использовании знаний и опыта членов группы, однако осуществление такого стиля требует от руководителя значительных усилий по координации деятельности подчиненных. Свободный стиль лидерства предоставляет членам группы большую инициативу в решении вопросов, возникающих в ходе работы. С одной стороны, это может способствовать проявлению активности людей, пониманию того, что многое зависит от них самих. С другой — пассивность лидера порой приводит к полной дезориентации членов группы: каждый поступает по своему усмотрению, что не всегда совместимо с общими задачами.

Главной чертой эффективного руководства людьми является гибкость. В зависимости от специфики ситуации руководитель должен умело использовать преимущества того или иного стиля лидерства и нейтрализовать его слабые стороны.

Социально-психологический климат группы. Для того чтобы самым общим образом охарактеризовать условия деятельности той или иной группы, ее внутреннюю обстановку, часто используют понятия «социально-психологический климат», «морально-психологический климат», «психологический климат», «эмоциональный климат». Применительно к трудовому коллективу иногда говорят о «производственном» или «организационном» климате. В большинстве случаев эти понятия употребляют примерно в идентичном смысле, что не исключает значительной вариативности в конкретных определениях. В отечественной литературе насчитывается несколько десятков определений социально-психологического климата и различных исследовательских подходов к этой проблеме (Волков, Кузьмин, Парыгин, Платонов и др.).

Социально-психологический климат группы представляет собой состояние групповой психики, обусловленное особенностями жизнедеятельности данной группы. Это своеобразный сплав эмоционального и интеллектуального — установок, отношений, настроений, чувств, мнений членов группы, все отдельные элементы социально-психологического климата. Состояния психики группы характеризуются различной степенью осознанности. Необходимо четко разграничивать элементы социально-психологического климата и факторы, влияющие на него. К примеру, особенности организации труда в каком-либо трудовом коллективе не являются элементами социально-психологического климата, хотя влияние организации труда на формирование того или иного климата несомненно. Социально-психологический климат — это всегда *отраженное*, субъективное образование в отличие от *отражаемого* — объективной жизнедеятельности данной группы и условий, в которых она протекает. Отражаемое и отраженное в сфере общественной жизни диалектически взаимосвязаны. Наличие тесной взаимозависимости между социально-психологическим климатом группы и поведением ее членов не должно приводить к их отождествлению, хотя при этом нельзя не учитывать особенностей данной взаимосвязи. Так, характер взаимоотношений

в группе (отражаемое) выступает как фактор, влияющий на климат. В то же время восприятие этих взаимоотношений ее членами (отраженное) представляет собой элемент климата.

При обращении к проблемам социально-психологического климата группы одним из важнейших является рассмотрение факторов, которые оказывают влияние на климат. Выделив факторы, влияющие на климат группы, можно пытаться воздействовать на эти факторы, регулировать их проявление. Рассмотрим проблемы социально-психологического климата на примере *первичной трудовой группы* — бригады, звена, бюро, лаборатории. Речь идет об элементарных организационных ячейках, не имеющих никаких официальных структурных подразделений. Их численность может варьировать от 3–4 до 60 человек и более. Это — «клеточка» каждого предприятия и учреждения. Социально-психологический климат такой ячейки формируется за счет множества разнообразных воздействий. Разделим их условно на факторы *макросреды* и *микросреды*.

Под макросредой имеется в виду большое социальное пространство, широкое окружение, в пределах которого находится и осуществляет свою жизнедеятельность та или иная организация. Прежде всего сюда входят кардинальные особенности общественно-экономического устройства страны, а конкретнее — специфика данного этапа ее развития, что соответствующим образом проявляется в деятельности различных социальных институтов. Степень демократизации общества, особенности государственного регулирования экономики, уровень безработицы в регионе, вероятность банкротства предприятия — эти и другие факторы макросреды оказывают определенное влияние на все стороны жизнедеятельности организации. К макросреде относится также уровень развития материального и духовного производства и культуры общества в целом. Макросреда характеризуется и определенным общественным сознанием, отражающим данное общественное бытие во всей его противоречивости. Таким образом, члены каждой социальной группы и организации являются представителями своей эпохи, того или иного исторического периода развития общества. Министерства и ведомства, концерны, акционерные общества, в систему которых входит предприятие или учреждение, осуществляют по отношению к последним определенные управленческие воздействия, что также является важным фактором влияния макросреды на социально-психологический климат организации и всех входящих в ее состав групп. В качестве существенных факторов макросреды, воздействующих на климат организации, следует отметить ее многообразные партнерские связи с другими организациями и с потребителями их продукции. В условиях рыночной экономики влияние потребителей на климат организации возрастает. Микросреда предприятия, учреждения — это «поле» повседневной деятельности людей, те конкретные материальные и духовные условия, в которых они работают. На данном уровне воздействия макросреды обретают определенность для каждой группы, связь с реальностью жизненной практики.

Условия повседневной жизнедеятельности формируют мироощущение и умонастроение первичной трудовой группы, ее социально-психологический климат. Прежде всего это факторы материально-вещной среды: характер выполняемых людьми трудовых операций, состояние оборудования, качество заготовок

или исходного сырья. Большое значение имеют также особенности организации труда — сменность, ритмичность, степень взаимозаменяемости работников, уровень оперативно-хозяйственной самостоятельности первичной группы (например, бригады). Существенна роль санитарно-гигиенических условий труда, таких как температура, влажность, освещенность, шум, вибрация. Известно, что рациональная организация трудового процесса с учетом возможностей человеческого организма, обеспечение нормальных условий работы и отдыха людей воздействуют позитивным образам на психическое состояние каждого работника и группы в целом. И наоборот, те или иные неисправности техники, несовершенство технологии, организационные неурядицы, неритмичность труда, недостаточность свежего воздуха, чрезмерный шум, ненормальная температура в помещении и другие факторы материально-вещной среды сказываются негативно на климате группы. Поэтому первейшее направление совершенствования социально-психологического климата состоит в оптимизации комплекса указанных выше факторов. Эта задача должна решаться на основе разработок специалистов по гигиене и физиологии труда, эргономике и инженерной психологии.

Другую, не менее важную группу факторов микросреды составляют воздействия, представляющие собой групповые явления и процессы на уровне первичной трудовой группы. Эти факторы заслуживают пристального внимания в связи с тем, что они являются следствием социально-психологического отражения человеческой микросреды. Для краткости назовем эти факторы социально-психологическими. Начнем с такого фактора, как характер официальных организационных связей между членами первичной трудовой группы. Эти связи закреплены в формальной структуре данного подразделения. Различия между типами такой структуры можно показать на основе выделенных Уманским следующих «моделей совместной деятельности».

1. Совместно-индивидуальная деятельность: каждый член группы делает свою часть общего задания независимо от других (бригада станочников, прядильщиц, ткачих).
2. Совместно-последовательная деятельность: общая задача выполняется последовательно каждым членом группы (бригада конвейерного производства).
3. Совместно-взаимодействующая деятельность: задача выполняется при непосредственном и одновременном взаимодействии каждого члена группы со всеми другими ее членами (бригада монтажников).

Существует прямая зависимость между такими моделями и уровнем развития группы как коллектива. Так, «сплоченность по направленности» (единство ценностных ориентаций, единство целей и мотивов деятельности) в пределах данной деятельности группы достигается быстрее при третьей модели, чем при второй и тем более при первой. Сами по себе особенности той или иной «модели совместной деятельности» отражаются в итоге на психологических чертах трудовых групп. Изучение бригад на недавно созданном предприятии показало, что удовлетворенность межличностными отношениями в этих первичных группах увеличивается по мере перехода от первой «модели совместной деятельности» к третьей (Донцов, Саркисян).

Наряду с системой официального взаимодействия на социально-психологический климат первичной трудовой группы большое влияние оказывает ее неофициальная организационная структура. Безусловно, товарищеские контакты во время работы и по окончании ее, сотрудничество и взаимопомощь формируют иной климат, чем недоброжелательные отношения, проявляющиеся в ссорах и конфликтах. Обсуждая важное формирующее влияние неофициальных контактов на социально-психологический климат, необходимо учитывать как количество этих контактов, так и их распределение. В пределах одной бригады могут существовать две и более неофициальные группы, причем члены каждой из них (при крепких и доброжелательных внутригрупповых связях) противодействуют членам «не своих» групп.

Рассматривая факторы, влияющие на климат группы, следует учитывать не только специфику формальной и неформальной организационных структур, взятых обособленно, но и их конкретное соотношение. Чем выше степень единства этих структур, тем позитивнее воздействия, формирующие климат группы.

Характер руководства, проявляющийся в том или ином стиле взаимоотношений между непосредственным руководителем первичной трудовой группы и остальными ее членами, также воздействует на социально-психологический климат. Рабочие, считающие руководителей цеха одинаково внимательными к их производственным и личным делам, обычно больше довольны своей работой, чем те, кто заявлял о невнимании к ним со стороны руководителей. Демократический стиль руководства мастеров бригад, общность ценностей и норм мастеров и рабочих способствуют формированию благоприятного социально-психологического климата.

Следующий фактор, воздействующий на климат группы, обусловлен индивидуальными психологическими особенностями ее членов. Каждый человек уникален и неповторим. Его психический склад представляет собой сочетание личностных черт и свойств, создающее своеобразие характера в целом. Сквозь призму особенностей личности преломляются все влияния внешней среды. Отношения человека к данным влияниям, выражаемые в его личных мнениях и настроениях, в поведении, представляют собой его индивидуальный «вклад» в формирование климата группы. Психику группы не следует понимать лишь как сумму индивидуально-психологических особенностей каждого из ее членов. Это качественно новое образование. Таким образом, для формирования того или иного социально-психологического климата группы имеют значение не столько индивидуальные свойства ее членов, сколько эффект их сочетания. Уровень психологической совместимости членов группы также является фактором, обусловливающим в значительной степени ее климат.

Резюмируя сказанное, выделим следующие основные факторы, влияющие на социально-психологический климат первичной трудовой группы.

Воздействия со стороны макросреды: характерные особенности современного этапа социально-экономического и общественно-политического развития страны; деятельность вышестоящих структур, руководящих данной организацией, ее собственных органов управления и самоуправления, общественных организаций, связи данной организации с другими городскими и районными организациями.

Воздействия со стороны микросреды: материально-вещная сфера деятельности первичной группы, сугубо социально-психологические факторы (специфика формальных и неформальных организационных связей в группе и соотношение между ними, стиль руководства группой, уровень психологической совместимости работников).

При анализе социально-психологического климата первичной трудовой группы в конкретной ситуации невозможно отнести какое-либо влияние за счет только макросреды либо только микросреды. Зависимость климата первичной группы от факторов его собственной микросреды всегда обусловлена макросредой. Однако, решая задачу совершенствования климата в той или иной первичной группе, следует обратить первоочередное внимание на факторы микросреды. Именно здесь нагляднее всего заметен эффект целенаправленных воздействий.

Организационные изменения и личность в условиях глобализации

Черты глобализации. Мы живем в динамичном, быстро меняющемся мире. Люди, населяющие разные страны, все в большей степени начинают составлять единое мировое сообщество, которое характеризуется в настоящее время взаимозависимостью всех его компонентов — экономических, политических, культурных. Процессы глобализации воздействуют на различные области жизнедеятельности современных людей в большинстве стран мира. Эти процессы влияют на характер их труда, на их поведение в часы досуга, на социальные нормы и ценности, образ жизни. Под воздействием глобализации резко меняется картина мира в целом, происходят определенные изменения в деятельности самых разных социальных организаций, во взаимоотношениях организации и личности. Постепенному превращению человечества в мировое сообщество способствует также развитие электронно-вычислительной техники и средств массовой информации.

Современные организации все в большей степени переходят к *гибкой практике занятости* (не только полный, но и неполный рабочий день, контрактная система) и гибким способам выполнения работы (в офисе или дома — посредством компьютеризации). Дистанционные отношения между работодателем и его сотрудниками, называемые *телеработой*, являются частью современного процесса децентрации трудовой деятельности во времени и пространстве. Общий элемент телеработы во всех ее проявлениях — использование телекоммуникаций, компьютеров, а также интернет-технологий для изменения принятой географии работы.

Все большее распространение получает телеработа «на дому», главная особенность которой — выполнение работы человеком дома, а не в офисе. Кроме этого, телеработа может иметь множество других форм и характеристик. Во-первых, выполнение трудовых операций работниками в любом, территориально не связанном с офисом месте с использованием систем удаленного доступа. Во-вторых, перенос операций по обслуживанию клиентов из офиса в любую другую точку с применением информационных и коммуникационных технологий. Данные изменения усложняют организационные роли и взаимоотношения работников, тре-

буют от них знаний и умений, соответствующих новым задачам, стремления к творчеству, индивидуальной инициативности, а также самодисциплины и самоконтроля.

Известно, что в современных условиях профессиональные знания быстро устаревают. Это связано с возникновением принципиально новых технологий, расширением деятельности многих организаций или с их реструктуризацией (изменением организационного строения). Поэтому первое, что требует от специалиста, особенно молодого, любая организация, нацеленная на перспективу, — это прочная установка на непрерывное расширение и углубление профессиональных знаний, повышение уровня своей квалификации, более того, готовность к существенному изменению специфики своей профессиональной деятельности в соответствии с потребностями изменяющейся организации. Многие современные организации со своей стороны создают соответствующие условия для совершенствования профессиональной компетентности своего персонала.

«Обучающиеся» организации. Стремление к совершенствованию, заложенное в природе человека, максимально используется в «обучающихся» организациях. Если исходить из мировых тенденций, то такие организации станут в недалеком будущем преобладающими. Что же характерно для подобных организаций? В чем их сила и богатые творческие возможности?

Важнейшая черта «обучающейся» организации — обеспечение условий для активизации потребности в познании каждого ее члена. В такой организации отвергается традиционный принцип подразделения функций между работниками управляемыми (занятыми определенными практическими операциями) и управляющими («мыслителями»). Традиционная организация целиком полагалась на компетентность руководителей высших рангов: «Наверху думают — внизу выполняют». В противоположность этому «обучающая организация» основывается на предположении о высокой квалификации и компетентности всех работников.

Исходя из того что приверженность организации обучению и ее способность продвигаться вперед не может быть большей, чем у ее членов, возникает необходимость совершенствования каждой личности. В «обучающихся» организациях создаются все условия для повышения профессионального уровня работников и их личностного роста. Имеющиеся данные говорят о том, что развитие личности способствует более ответственному отношению к работе. Такие люди более инициативны. Они быстрее обучаются.

Поскольку почти все важные решения в современных организациях либо принимаются непосредственно группами, либо претворяются в жизнь только посредством групповых усилий, соответственно возрастает и потребность в осуществлении группового обучения. Цель такого обучения — достижение особой «слаженности», взаимодополняемости усилий отдельных работников, что позволяет группе действовать как единое целое. Специалисты выделяют три главных аспекта группового обучения.

Во-первых, необходимо тщательно продумывать сложные вопросы. Группа в процессе своей деятельности должна научиться тому, как полнее раскрыть свой потенциал. Во-вторых, в ходе группового обучения проявляется потребность в новаторских, но тщательно скоординированных действиях. В-третьих, члены одной

группы нередко воздействуют на другие группы. «Обучающаяся» группа оказывается источником опыта для остальных.

В соответствии со сказанным овладение дисциплиной группового обучения является важнейшим шагом к созданию «обучающейся» организации. Рассматривая мысль как «преимущественно коллективное явление», можно выделить два главных метода обсуждения — диалог и дискуссию. Оба метода значимы для процесса группового обучения, но, чтобы они могли дополнять и усиливать друг друга, необходимо учитывать их различия.

Основная цель диалога состоит в том, чтобы выйти за пределы индивидуального понимания. Его участники рассматривают сложные вопросы с различных точек зрения. Посредством диалога коллективное мышление делается все более и более согласованным, гармоничным. Непременным условием диалога является то, что все его участники должны относиться друг к другу как к коллегам по исследованию проблемы независимо от должностного ранга в иерархии. Необходим также посредник, который умеет держать «нить» обсуждения, поддерживая развитие диалога. Опыт свидетельствует, что по мере того, как группа приобретает умение вести диалог, роль посредника делается менее существенной и в конце концов он может стать просто одним из его участников.

Важнейший элемент диалога в процессе группового обучения — дискуссия. Она предполагает высказывание, аргументацию и защиту индивидуальных мнений при анализе проблемы. Если диалог ориентирован на то, что высказывание различных точек зрения приведет к появлению новых взглядов, то конечная цель дискуссии — принятие решения. Таким образом, продуктивная дискуссия ведет к выбору определенных действий.

Групповое обучение основано на своеобразных групповых умениях. «Обучающаяся» группа обучается и тому, как всем ее членам учиться вместе. Поскольку групповыми умениями овладеть труднее, чем индивидуальными, необходимо регулярно тренировать эти умения. Специалисты выделяют две «тренировочные площадки», дающие возможность проводить соответствующие упражнения. Первая предполагает проведение диалогов, благодаря которым группа может приобретать более высокие, чем у любого из ее членов, интеллектуальные коэффициенты. Вторая основана на создании новых типов «микромиров».

Контрольные вопросы

1. Обязательной характеристикой малой группы являются:
   ❶ контакты между ее членами;
   ❷ взаимные симпатии;
   ❸ взаимодействие ее членов «лицом к лицу»;
   ❹ психологическая совместимость.

2. В качестве примера социальной категории можно назвать такую совокупность лиц, как:
   ❶ семья;
   ❷ трудовой коллектив;
   ❸ студенты вузов;
   ❹ пассажиры купе вагона.

3. Социализация — это:
   ❶ формирование социальных норм в группе;
   ❷ выражение социальных потребностей группы;
   ❸ усвоение личностью норм и ценностей определенной социальной среды;
   ❹ социальная регуляция взаимоотношений в группе.

4. Однородность группы по социально-демографическим признакам:
   ❶ приводит к разделению группы на несколько подгрупп;
   ❷ способствует хорошим контактам между ее членами;
   ❸ препятствует сплочению группы;
   ❹ приводит к появлению неформального лидера.

5. Лучше всего задача решается в группе тогда, когда:
   ❶ имеется одинаковое число активных и пассивных членов группы;
   ❷ все ее члены стремятся к лидерству;
   ❸ имеется определенное сочетание числа активных и пассивных членов группы;
   ❹ один член группы имеет больше информации, чем другие.

6. Групповые нормы возникают на основе:
   ❶ официальных приказов, инструкций и т. п.;
   ❷ контактов между членами группы;
   ❸ врожденных потребностей;
   ❹ стремления некоторых членов группы к лидерству.

7. Под конформностью имеется в виду:
   ❶ некритическое подчинение личности давлению группы;
   ❷ противодействие личности давлению группы;
   ❸ сотрудничество между личностью и группой;
   ❹ стремление личности к доминированию в группе.

Глава 9

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ

Общение является необходимым условием всякой совместной деятельности и представляет собой процесс установления и развития контакта между людьми, обмена информацией, восприятия участниками общения друг друга и их взаимодействия.

Исследования общения имеют давние традиции в отечественной психологии. О важности этой проблематики для изучения моральных чувств говорил еще Сеченов. Первым в России стал проводить эксперименты с целью изучения некоторых сторон общения Бехтерев. Внесли свой вклад в разработку проблем общения Лазурский, Выготский, Мясищев. Рассматривая вопрос о психологической структуре человека как субъекта деятельности (т. е. производящего материальные и духовные ценности), Ананьев подчеркивал роль общения. Он отмечал, что общение является важнейшей деятельностью, возникшей на базе труда и в процессе социально-исторического развития ставшей самостоятельным видом деятельности.

В настоящее время проблемы общения находятся в центре внимания многих отечественных психологов. Рассматривается общение в онтогенезе как один из факторов психического развития личности, связь потребности в общении с другими человеческими потребностями, значение общения для регуляции поведения личности, взаимосвязь общения и эмоциональной сферы личности, особенности психических процессов в условиях общения и т. д.

Основные аспекты передачи и восприятия информации в процессе общения. Любая совместная деятельность людей неотделима от их общения. В основе общения лежит коммуникативный процесс передачи информации от одного лица другому или группе лиц и восприятие этой информации данными лицами. В любом единичном акте передачи и восприятия информации необходимы как минимум два человека — отправитель информации (коммуникатор) и ее получатель (коммуникант или адресат).

Подходя к проблематике общения с точки зрения теории информации, можно выделить в соответствии с работами классиков этой теории Шеннона и Уивера три следующие проблемы коммуникаций (передачи — приема информации).

1. *Техническая проблема.* Насколько точно могут быть переданы символы коммуникации?
2. *Семантическая проблема.* Насколько точно переданные символы выражают желаемый смысл?
3. *Проблема эффективности.* Насколько эффективно воспринятый смысл влияет на людей в желаемом направлении?

Все эти проблемы тесно связаны между собой. Так, технические помехи какого-либо передающего устройства или неточность используемых понятий могут уменьшать степень эффективности той или иной коммуникации. При научном анализе коммуникаций обычно исходят из модели Шеннона, в соответствии с которой можно выделить следующие основные элементы коммуникационной цепи:

1) источник информации (ее отправитель, коммуникатор);
2) передатчик;
3) приемник;
4) получатель информации (коммуникант, адресат коммуникации).

В роли отправителя информации может выступать любой индивид, имеющий намерение что-либо сообщить другому лицу или группе лиц, а также повлиять на них соответствующим образом. Отправитель информации зачастую является в то же самое время и источником информации, однако эти две роли не следует полностью отождествлять. Например, когда на лекции преподаватель рассказывает об исследованиях других ученых, то он выступает скорее как коммуникатор, а не как источник данной информации.

Та или иная информация кодируется ее отправителем на основе системы знаков для передачи адресату коммуникации. Преобразование информации в сигналы производится коммуникатором посредством передатчика, в роли которого могут выступать биологические органы (например, голосовые связки) или технические устройства (например, автоматическое электрическое табло). Коммуникатор может сказать или написать что-либо, продемонстрировать схему или чертеж, наконец, выразить свою мысль мимикой и жестами. Таким образом, при передаче информации всегда используется ряд определенных знаков.

Сигналы коммуникатора поступают к приемнику, который, как и передатчик, представляет собой биологический орган или техническое устройство с функцией декодирования полученного сообщения. Коммуникационную цепь замыкает получатель (адресат) информации — лицо, которое воспринимает и интерпретирует эту информацию.

Весь путь прохождения информации, от ее отправителя до получателя, называется *каналом коммуникации* (имеется в виду как физическая, так и социальная среда). Необходимо отличать каналы от различных средств, используемых при передаче информации. В качестве таких средств выступают письменные документы, телефон, радио, телевидение и т. д. Передача информации может быть осуществлена и непосредственным образом, когда участники коммуникации взаимодействуют лицом к лицу на основе устной речи или используя невербальные знаки.

Роли участников коммуникации нельзя разделить на активные (отправители информации) и пассивные (получатели информации). Последние также долж-

ны проявлять определенную активность, чтобы адекватно интерпретировать информацию, Кроме того, отправитель информации и ее получатель могут меняться своими ролями в ходе общения. Одна из первейших проблем, с которой встречается каждый коммуникатор, заключается в необходимости привлечь внимание адресата информации к предстоящему сообщению. Можно назвать две очевидные характеристики коммуникации, позволяющие удерживать внимание получателя информации, — это новизна и значимость для него данного сообщения. Поэтому коммуникатору важно иметь ясное представление о том круге сведений, которым располагает будущий адресат информации, и об иерархии его ценностных ориентаций.

Для адекватного понимания какого-либо сообщения необходима определенная общность «тезаурусов» отправителя информации и адресата. В переводе с древнегреческого «тезаурус» означает сокровище. В данном случае под тезаурусом понимается вся совокупность информации, которой располагает данный человек. Большие различия в запасе и характере информации затрудняют общение. Известно, что члены каждой профессиональной группы имеют свой, специфический язык, широко используемый в практике их трудовой деятельности. С одной стороны, наличие такого языка помогает специалистам быстрее обмениваться информацией друг с другом, с другой — использование ими элементов своего профессионального жаргона в общении с представителями других профессиональных групп отрицательно сказывается на их взаимопонимании.

Эффективность общения зависит от многих социально-психологических факторов, сопутствующих процессу передачи и восприятия информации. Эти факторы являются предметом исследования в отечественной и зарубежной социальной психологии. Рассматриваются, например, особенности социальных ролей участников общения, престижность коммуникаторов, социальные установки получателя информации, особенности протекания его психических процессов. Имеются экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что возрастные, профессиональные и ролевые характеристики участников общения существенно влияют на процессы передачи и восприятия информации.

Успешному межличностному общению могут препятствовать различные помехи. Иногда отправитель информации неправильно ее кодирует, например выражает свое сообщение несоответствующими словами. В данном случае можно считать, что не решается семантическая проблема коммуникации. Так, порой то или иное неосторожное слово или необдуманная фраза могут болезненно задеть адресата коммуникации и вызвать у него острую эмоциональную реакцию возражения и противодействия. Ситуация может превратиться в конфликтную. Нередко коммуникатору потом еще долго приходится убеждать адресата коммуникации в том, что тот его неправильно понял, что он не хотел его обидеть, что имел в виду совсем не то, о чем подумал получатель информации, и т. д.

Процесс передачи информации также может сопровождаться помехами, из-за чего информация поступает к получателю в искаженном виде. Это бывает, например, когда информация проходит через большое число лиц или иерархических уровней организации. По данным американских авторов, в устном сообщении при каждой последующей передаче теряется около 30% информации. Отметим, что

человек, которому адресована информация, может просто ее неправильно интерпретировать.

Западные исследователи уделяют много внимания рассмотрению различных барьеров на пути межличностных коммуникаций (Роджерс, Ротлисбергер). Главным барьером называют тенденцию к преждевременной оценке сообщения, его одобрению или неодобрению, вместо того чтобы в процессе обмена мнениями сохранять нейтральную позицию. К возможным барьерам, препятствующим эффективному общению, относят различия в образовании, опыте, мотивации и др.

В процессе передачи информации используются различные знаковые системы. На этом основании обычно выделяют вербальную и невербальную коммуникации.

При вербальной коммуникации используются сообщения, выраженные в словах (устно, письменно или в печатной форме). Важнейшим средством такой коммуникации является устная речь, хотя бы по той причине, что она не требует особых материальных затрат при межличностном общении. Кроме того, обращаясь к устной речи, можно передавать информацию не только словами или предложениями. В такой речи люди используют еще и паралингвистические средства, которые также могут нести определенный смысл. Это степень громкости речи, ее ритм, распределение пауз, а также вокализация — смех, плач, зевота, вздохи. Например, если кто-то со смехом говорит нам: «Пошел вон отсюда!», совсем не вкладывая буквальный смысл в свои слова, то мы понимаем подтекст этой фразы. Или если человек увеличивает темп своей речи, то этим он хочет сообщить нам о своем беспокойстве или волнении. Таким образом, существует огромное разнообразие различных лингвистических и паралингвистических форм передачи информации. Однако наряду с вербальными формами коммуникации люди используют и невербальные формы, которые иногда поддерживают вербальные сообщения, а иногда и противоречат им. Порой невербальные формы коммуникации даже превосходят по своей действенности вербальные формы. Невербальная коммуникация подразумевает передачу информации без использования языка слов. При этом мы получаем информацию посредством зрения, фиксируя такие выразительные элементы поведения, как лицевую экспрессию, жесты, позу, мимику, внешний вид в целом.

Невербальное общение. *Визуальный контакт.* Нередко, глядя на человека, мы устанавливаем с ним визуальный контакт. Такой контакт является одной из форм невербальной коммуникации. Посредством визуального контакта можно получить некоторую информацию о другом человеке. Прежде всего его взгляд может выражать интерес к данной ситуации или же, наоборот, его отсутствие. Авторы романов о влюбленных нередко пишут о том, что «они не сводили друг с друга глаз». «Рассеянный» взгляд или взгляд «в сторону» говорят о недостатке внимания к кому-либо или к чему-либо. Однако порой нежелание человека смотреть в глаза другому связано с тем, что первый должен сообщить ему неприятные вести. Недостаточность визуального контакта может также говорить о застенчивости индивида или его боязливости. Поскольку взгляд несет значительную эмоциональную нагрузку, существуют определенные неписанные правила относительно того, как и когда им пользоваться. Многое обусловлено культурны-

ми традициями той или иной страны. Так, в Европе и Северной Америке прямой взгляд в глаза другому человеку выражает стремление к искренности, доверительности. В Азии, например в Японии и Корее, прямой взгляд может интерпретироваться как показатель агрессивности. В Японии не принято пристально смотреть на собеседника — беседующие смотрят в основном на икебану. В Чечне в соответствии с традицией женщины избегают визуального контакта при встрече с незнакомым мужчиной. Пристальный взгляд в глаза другому человеку может использоваться также как знак агрессии или доминирования. Иной учитель в классе одним взглядом останавливает расшалившихся школьников. Визуальный контакт может также облегчить взаимодействие людей при выполнении совместной задачи. Нередко выступающие за одну команду спортсмены, обменявшись лишь взглядами, успешно согласовывают последующие совместные действия.

Нередко визуальный контакт сочетается с вербальным взаимодействием — беседой. Когда два человека разговаривают, время от времени они смотрят друг другу в глаза. По данным английского психолога Аргайла, доля времени, уделяемая такому взгляду с каждой стороны, обычно колеблется от 25 до 75% времени продолжительности разговора, хотя полный диапазон, зафиксированный в его лаборатории, простирается от нуля до ста процентов.

Данные исследований говорят о том, что имеются индивидуальные различия в стремлении людей к визуальным контактам. Экстраверты больше времени смотрят на взаимодействующего с ними человека, чем интроверты, и их взгляды более продолжительны. Люди с высоким уровнем потребности в аффилиации (принадлежности) уделяют больше времени взгляду на других людей, но только тогда, когда в основе ситуации лежит дружба или сотрудничество. Если ситуация имеет соревновательный характер, такие индивиды меньше смотрят на своих соперников. Однако в подобной ситуации индивиды с высоким уровнем потребности в доминировании уделяют больше времени взгляду на других людей (Экслайн). Имеются различия между мужчинами и женщинами в стремлении к визуальным контактам. Женщины более склонны к пристальному взгляду, чем мужчины, особенно разговаривая с другими женщинами. Экслайн также обнаружил, что люди, склонные к абстрактному мышлению, больше смотрят на других во время взаимодействия, чем люди, мыслящие конкретными образами. Первые имеют больше способностей к интеграции воспринимаемых факторов и менее подвержены иногда приводящим в растерянность свойствам визуального контакта.

В целом, как отмечает американский психолог Паттерсон, пристальный взгляд, используемый в целях визуального контакта, выполняет следующие пять функций:

1) информационное обеспечение;
2) регулирование взаимодействия;
3) выражение интимности;
4) проявление социального контроля;
5) облегчение выполнения задачи.

Таким образом, пристальный взгляд с целью визуального контакта является столь же значимой стороной коммуникации, как и использование слов.

Лицевые экспрессии также могут играть немаловажную роль в межличностном общении. Вера в то, что выражение лица какого-либо человека может отражать его истинные чувства, является общепринятой. Более двух тысяч лет назад древнеримский оратор Цицерон называл лицо «отражением души». Однако нельзя не отметить, что люди способны контролировать выражение своего лица и это затрудняет распознавание их подлинных эмоциональных состояний.

В 1871 г. Дарвин высказал предположение, что определенные лицевые экспрессии являются врожденными и, таким образом, доступны для понимания каждого человека. Поэтому они играют важную коммуникативную роль. Данные современных исследований подтверждают эти положения, показывая, например, что представители различных культур, испытывая определенные эмоции, проявляют одинаковые лицевые экспрессии. В эксперименте Мацумото испытуемые — американские и японские студенты последнего курса колледжа — рассматривали экспрессии шести универсальных эмоций (гнев, отвращение, страх, радость, печаль, удивление), которые изображали американские и японские мужчины и женщины. Обнаружилось, что как американские, так и японские студенты были способны различать представленные эмоции. И это не зависело от того, были ли люди, изображавшие ту или иную эмоцию, американцами или японцами.

Телодвижения человека, его позы и жесты наряду с выражением лица, взглядом также могут нести о нем ту или иную информацию, играя определенную роль в межличностном общении. Так, по походке можно судить о физическом состоянии человека, его настроении. В особенностях позы и жестикуляции проявляются и личностные черты, и намерения, и эмоциональные состояния человека. Непосредственному наблюдению доступнее всего различные эмоциональные состояния. Порой приходится наблюдать, как взволнованный человек постоянно прикасается к тем или иным частям своего тела, потирает или почесывает их. Данные исследований показывают, что люди в состоянии возбуждения делают большее количество подобных телодвижений, чем в спокойном состоянии. Жесты специально используются человеком для передачи информации. Определенные движения головой могут выражать знак утверждения или отрицания, жестом руки предлагают человеку сесть или встать, машут рукой в знак приветствия или прощания. Конечно, жесты могут выступать в качестве своеобразного языка лишь в том случае, если взаимодействующие люди однозначно понимают их в соответствии с особенностями национальной культуры и контекстом ситуации.

В последние десятилетия изучение коммуникативных функций телодвижений (языка тела) выделилось в качестве отдельной ветви научного знания (кинесики). Высказывается предположение, что имеется приблизительно от 50 до 60 основных типов телодвижений, которые составляют сердцевину невербального языка тела. Его основные единицы используются одновременно, для того чтобы выражать тот или иной смысл, во многом подобно тому, как произнесенные звуки сочетаются, образуя слова, полные значения.

Невербальные поведенческие акты, которые прямо связаны с вербальным языком, называются иллюстраторами. Например, если кто-то спрашивает, где находится ближайшая станция метро, то, вероятно, будут использоваться для объяснения как слова, так и жесты одновременно.

Конечно, не всегда жесты сопровождают вербальный язык. Иногда жесты заменяют целые фразы. Такие жесты, называемые эмблемами, являются невербальными актами, которые однозначно понимают большинство представителей той или иной культуры. Взмах руки во время встречи в качестве приветствия широко распространен во многих странах Европы и Северной Америки. Порой один и тот же жест может выражать различные значения в различных культурах. Например, в Северной Америке круг, образованный большим и указательным пальцами, когда другие пальцы подняты, обозначает, что все в порядке, но во Франции это значит нуль или нечто никчемное. В Средиземноморских странах и на Среднем Востоке это неприличный жест. Подобные различия могут вносить непонимание в контакты представителей различных культур.

Позы и жесты нередко свидетельствуют о характере взаимоотношений между двумя индивидами, например о статусных различиях этих людей. Человек с более высоким социальным статусом, вступая в контакт с другим индивидом, обычно выглядит более расслабленным: его руки и ноги находятся в асимметричных позициях и слегка согнуты по отношению к телу. Человек с низким статусом, вероятнее всего, будет сохранять полную неподвижность, выпрямив корпус, держа ноги вместе и прижав руки к телу.

Западные исследователи отмечают также гендерные различия в языке тела, которые считаются результатом различной социализации мужчин и женщин. Считается, что мужчины склонны в гораздо большей степени принимать открытые позы, в то время как женщины чаще принимают закрытые позы, что характерно для лиц с более низким статусом. Взаимное притяжение также выражается в телодвижениях и в жестах. Люди, которые симпатизируют друг другу, чаще наклоняются вперед, держась прямо напротив другого человека, сохраняя при этом более расслабленное положение тела. В целом позы и жесты человека в сочетании с его лицевыми экспрессиями и взглядом могут нести о нем обширную информацию. Все эти элементы невербального поведения используются человеком для того, чтобы сформировать у окружающих то или иное впечатление о себе.

Формирование первого впечатления о человеке. «По одежке встречают, по уму провожают» — гласит народная мудрость. Но на первое впечатление о другом человеке влияют не только его костюм, платье, различные их элементы. Весь внешний облик воспринимаемого человека, мимика, жесты, манера поведения, голос складываются у нас в определенный образ. Мы делаем умозаключение о намерениях и мотивах этого человека, его эмоциях, установках, чертах личности.

Первая встреча с новым человеком, знакомство с ним уже приводят к формированию у нас некоторого впечатления о нем. Немаловажно значение такого впечатления. В зависимости от него мы соответствующим образом реагируем на эту встречу, предпринимаем определенные действия. На основе первого впечатления осуществляются (или не осуществляются) последующие контакты между участниками данной социальной ситуации.

Роль внешности и поведения при первой встрече с незнакомым человеком хорошо демонстрирует следующий эксперимент Бодалева. Группе взрослых испытуемых было предложено письменно охарактеризовать незнакомого человека, который несколько раз появлялся перед ними. В первый раз незнакомец лишь

приоткрыл дверь в комнату, где находились испытуемые, поискал глазами что-то и, сказав: «Простите», закрыл дверь. В другой раз он вошел туда и молча постоял. В третий раз незнакомец прошелся по комнате, заглянул в записи одного из испытуемых, погрозил пальцем девушке, которая хотела в этот момент поговорить с соседом, посмотрел в окно и удалился. Вернувшись в комнату снова, он мастерски начал читать басню. Наконец, при последнем появлении незнакомца перед испытуемыми им разрешили задавать ему любые вопросы, кроме тех, которые требовали бы от него прямого ответа о чертах собственной личности. Интервалы перед названными сеансами равнялись трем минутам. Незнакомый человек был в поле зрения испытуемых в первый раз десять секунд, во второй, третий и четвертый — по одной минуте, в последний раз — пять минут. Полученные данные показали, что количество высказываний испытуемых о тех или иных сторонах внешнего облика и поведения человека, бывшего объектом восприятий, отличались на разных стадиях знакомства с ним. На самых первых стадиях испытуемые воспринимали главным образом черты его внешнего облика. Почти все высказывания испытуемых о чертах личности наблюдаемого человека и впечатлении, которое он на них произвел, приходились на четвертую и пятую стадии. На последнюю стадию знакомства с воспринимаемым человеком пришлось больше всего суждений о его психических свойствах. Свое отношение к этому человеку бóльшая часть испытуемых смогли сформулировать на последней стадии встречи с ним.

Было продемонстрировано, что самое первое впечатление обусловлено признаками, которые наилучшим образом выражены во внешности воспринимаемого человека. Что же касается интересов, вкусов, кругозора, привязанностей незнакомца, то испытуемые смогли сделать заключение о них лишь после того, как он прочитал басню и ответил на ряд вопросов. В этом же эксперименте обнаружилось, что индивидуальные различия между людьми проявляются не только в их наблюдательности, показателем которой могут служить количественные данные восприятия испытуемыми внешнего облика и поведения незнакомца. Испытуемые неодинаково оценивали воспринимаемого ими человека и выражали различное отношение к нему. Одни сочли его симпатичным, другие придерживались противоположного мнения. Некоторые никак не выразили своего отношения к незнакомцу.

Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование образа другого человека на основе первого впечатления зависит также от особенностей личности субъекта восприятия. Такой образ всегда содержит неточности, а какая-либо оценка черт личности и ее эмоционального состояния может оказаться поспешным обобщением.

Итак, когда мы впервые видим человека, наше впечатление о нем обусловлено не только теми или иными его особенностями и спецификой данной ситуации. Мы неизбежно проявляем и себя, свои личностные черты. Предполагается, что каждый человек имеет имплицитную, т. е. подразумеваемую, не выраженную прямо, теорию личности и при восприятии другого исходит именно из такой теории. Например, если мы считаем какого-либо человека агрессивным, не проявляем ли мы тенденцию считать его также и энергичным? Или, считая человека добрым, не приписываем ли мы ему при этом одновременно и честность?

Американский психолог Г. Келли получил экспериментальные данные, которые демонстрируют влияние имплицитной теории личности на восприятие другого человека. Сначала студентам были представлены краткие описания совершенно незнакомого им лектора. Все описания были идентичными, за исключением следующего: в одном случае лектор характеризовался как «весьма холодный», в другом случае как «очень сердечный». Ряд студентов получили одно описание, другой ряд — иное. После лекции студенты, которые слушали «очень сердечного» лектора, более высоко оценили его тактичность, информированность, дружелюбие, открытость, естественность, чувство юмора и человечность, чем те студенты, которые слушали «холодного» лектора, Предполагается, что полученные данные берут начало в имплицитном мнении испытуемых о том, какие черты личности сопровождают ее сердечность и какие — холодность. Таким образом, имплицитная теория личности — это определенная когнитивная система, которая влияет на то, как воспринимаются другие люди.

Среди факторов, формирующих первое впечатление о человеке, следует отметить его социальный статус и связанный с ним престиж в обществе. В этом плане показателен эксперимент, который провел Уилсон в одном из колледжей Австралии. Пяти группам студентов был представлен в качестве приглашенного преподавателя незнакомый человек. При этом его академический статус называли в каждой группе по-разному. Так, в одной группе он был представлен как профессор психологии Кембриджского университета, в другой группе — как главный лектор, затем просто лектор, лаборант и, наконец, студент. После этого студентов каждой группы просили оценить рост приглашенного преподавателя. Было обнаружено, что чем выше статус, приписываемый данному незнакомцу, тем выше ростом он казался студентам. Получилось, что рост «профессора психологии» выше роста «студента» более чем на шесть сантиметров. Социально-психологический показатель — статус человека оказался связанным с его физическим показателем — ростом. Иногда исследователи отмечают и другую тенденцию. Высокие массивные люди воспринимаются как более значимые в социальном смысле по сравнению с теми, чьи габариты не так велики.

По данным Бодалева, воспринимая других людей и затем словесно воссоздавая их облик, взрослые испытуемые выделяют прежде всего рост, глаза (цвет), волосы (цвет), мимику (выражение глаз и лица), нос, особенности телосложения человека. Все другие признаки отмечаются реже. Рост, цвет глаз и волос являются у взрослых наиболее значимыми отличительными элементами облика человека. При словесном воссоздании внешности людей эти элементы выполняют роль своеобразных опорных признаков для большинства испытуемых. С данными признаками затем связывают и другие характерные элементы облика воспринимаемого человека.

Исследования отечественных психологов показывают, как происходит развитие восприятия человека с возрастом. Как отмечает Бодалев, с возрастом при словесном воссоздании облика воспринимаемого человека все чаще включаются в качестве существенных признаков внешности компоненты, образующие его физический облик, а также описания черт его экспрессии. Один из важных выводов состоит здесь в том, что «хотя практически человек сравнительно рано начинает

«читать» язык экспрессии и пользоваться им в своем общении с окружающими, однако тот факт, что выразительное поведение — важный признак в числе характерных индивидуальных особенностей внешнего облика, осознается постепенно». Несомненно также, что профессиональная деятельность человека сказывается на особенностях восприятия и понимания других людей. Это проявляется уже при формировании первого впечатления о незнакомом человеке. Прежде всего профессиональные различия видны в обстоятельности описания внешнего облика и внутреннего мира воспринимаемого человека. Кукосян для этого использует термин «полнота отражения», имея в виду отношение числа воспринятых и зафиксированных испытуемыми элементов внешнего и внутреннего облика объекта познания к общему количеству элементов, которые могли быть отражены при заданных условиях. По показателю «полноты отражения» особенно резко отличались друг от друга юристы и физики. Первые намного полнее, чем вторые, «отразили» познаваемого человека при формировании о нем первого впечатления.

Профессиональная принадлежность индивида — субъекта познания влияет и на специфику описания им воспринимаемых людей при формировании первого впечатления. Здесь также обнаружилось наиболее резкое различие между юристами и физиками (кроме них сопоставлялись данные по группам экономистов, биологов и художников). Описания юристов характеризовались подробностью, самым большим объемом информации, последовательностью изложения по определенной схеме. Описания, данные физиками, отличались краткостью, небольшим объемом информации, носящей более обобщенный характер, абстрактностью. Видимо, это различие связано с тем, что юристы в своей профессиональной деятельности постоянно связаны с людьми, тогда как физики имеют дело преимущественно с приборами.

Социальная категоризация и стереотипизация как продукты межличностного восприятия. Воспринимая различные объекты окружающего мира, мы прежде всего идентифицируем их в соответствии с определенными признаками. При этом, исходя из имеющихся у нас знаний, мы классифицируем данные объекты. Так, стол относится к категории мебели, чашка — к категории посуды, а кот — к категории домашних животных. В каждую категорию попадают объекты, имеющие какие-либо существенные общие черты и свойства. Такая категоризация облегчает нам познание мира, дает возможность успешно действовать в нем. Мы не обходимся без категоризации и тогда, когда речь идет о людях, как из непосредственного окружения, так и тех, с которыми никогда не встретимся. Эта постоянно демонстрируемая нами тенденция называется процессом *социальной категоризации*. От того, к какой социальной категории мы относим какого-либо человека, зависит и наше отношение к нему, и последующие действия.

Факты свидетельствуют о том, что одного и того же человека можно отнести к различным социальным категориям, порой даже с полярной оценочной окраской. Так, говоря сегодня об экс-президенте Чили генерале Пиночете, одни называют его «кровавым диктатором», другие — «творцом чилийского экономического чуда». Соответственно определяется и различное отношение к деятельности генерала Пиночета на посту главы государства. Очевидно, что подобная категориза-

ция может приводить к односторонним оценкам, тогда как необходимо учитывать все аспекты деятельности данной персоны.

Хотя категоризация совершенно необходима для организации материала восприятия, в то же время эта мыслительная операция таит в себе определенную опасность для адекватного суждения о каком-либо объекте. Кто не оказывался порой в плену предвзятых суждений о другом человеке? Даже первой встречи бывает достаточно, чтобы мы составили определенное мнение о нем. Пол, возраст, раса, национальность, элементы внешнего облика воспринимаемого человека — длина волос, тип одежды, различные украшения и т. д. — все эти признаки, как по отдельности, так и вместе взятые, побуждают относить его к какой-либо категории людей. При этом обычно мы приписываем ему некоторые личностные свойства, способности, мотивы, социальные ценности, т. е. осуществляем процесс *стереотипизации*. В конечном счете, воспринимая человека, мы оцениваем его в соответствии с той социальной категорией, к которой, по нашему мнению, он принадлежит. Мы наделяем этого человека теми чертами и свойствами, которые характерны, как нам кажется, для данной категории людей. Так, многие из нас считают, что политики склонны к компромиссам, военных отличает прямолинейность, а красивых людей — самовлюбленность. Это все — примеры социальных стереотипов. Насколько же правомерными являются при этом наши суждения?

Сам по себе термин «стереотип» заимствован из типографского мира. Так называется монолитная печатная форма, применяемая при печатании больших тиражей. Подобная форма позволяет экономить время и силы, но затрудняет внесение изменений в текст. В социальные науки термин «стереотип» ввел в 1922 г. американский журналист Липпман, который отметил, что люди часто используют подобный механизм, общаясь друг с другом и прибегая к определенным шаблонам восприятия. Относя какого-либо человека к той или иной категории лиц, легче строить свои взаимоотношения с ним.

Рэйвен и Рубин выделяют две важные функции стереотипов. Во-первых, посредством стереотипизации можно минимизировать «непреодолимую сложность информации до поддающихся анализу пропорций». Вместо того чтобы блуждать в поисках характерных и уникальных черт встреченного человека, можно ограничиться общими стереотипами. Это особенно важно тогда, когда нужно быстро принимать решение в ситуации неопределенности. Во-вторых, поскольку одних и тех же стереотипов придерживаются многие люди, они могут легко общаться друг с другом. Стереотипы выступают как форма «*социальной стенографии*».

Широко распространены этнические (или культуральные) стереотипы, в соответствии с которыми определенные психологические свойства приписывают представителям тех или иных наций. Майерс приводит данные исследований, показывающие, что европейцы считают жителей Южной Европы, например итальянцев, более эмоциональными и менее искусными в работе, чем жителей Северной Европы — немцев и скандинавов. Стереотип южанина как человека более экспансивного существует даже в пределах одной страны. Так, в каждой из двадцати стран Северного полушария жители юга данной страны считаются более экспрессивными, чем жители севера (чего нельзя сказать о шести странах в Южном полушарии).

Заслуживает внимания тот факт, что значительная часть людей приписывает какой-либо рассматриваемой группе одни и те же черты. Показательны в этом плане данные одного из исследований, проведенных в США (Карлинз, Коффман, Уолтерз). Ста университетским студентам был предложен перечень 84 личностных черт, с тем чтобы они отметили, какие из этих черт наиболее свойственны указанным десяти этническим группам. Если бы какие-либо черты подбирались студентами случайно, то можно было бы ожидать, что около 6% из них выберут любую данную черту для любой данной группы. Однако почти для каждой этнической группы были подобраны более чем 20% студентов, по крайней мере три черты. И по крайней мере одна черта выбиралась более чем 50% студентов. Например, американцы были названы материалистичными (67%), англичане — консервативными (53%), немцы — усердными (59%). Таким образом, можно говорить об известном согласии относительно свойств, приписываемых различным этническим группам.

Обоснованна ли подобная стереотипизация? Соответствуют ли стереотипы реальности? Прежде всего отметим, что стереотипы возникают не на пустом месте. Ряд американских исследователей считают, что стереотипы могут содержать зерно истины. По их мнению, люди, высказывая суждение о других группах, сравнивают их со своей собственной группой. Так, если немцы в среднем считаются несколько более усердными, чем американцы, то эта черта будет частью стереотипа, даже хотя среднее различие может быть очень маленьким.

Некоторые данные свидетельствуют о том, что имеются рациональные основания для формирования тех или иных стереотипов. Возьмем, например, стереотип пожилого работника, разделяемый многими людьми в различных организациях США. Одно из исследований показало, что пожилые работники оценивались как не склонные к изменениям и творчеству, более осмотрительные и менее работоспособные даже тогда, когда их трудовые показатели были не хуже, чем у тех, кто был моложе (Митчелл). К этому следует добавить, что, по данным другого исследования, проведенного ранее, обнаружена меньшая склонность к риску (большая осмотрительность) пожилых менеджеров по сравнению с более молодыми. Таким образом, можно говорить о зерне истины, содержащемся в стереотипе пожилого работника, т. е. о том, что такой работник обладает определенными характерными свойствами. Но из этого совсем не следует, что всем без исключения пожилым работникам присущи указанные свойства. Ошибочность стереотипа проявляется тогда, когда он влияет на суждение о конкретной личности с ее индивидуальными особенностями. Действительно, в этом случае вместо того, чтобы попытаться учесть всю уникальность данного человека, его воспринимают лишь на основе какой-то единственной категории, к которой он принадлежит. Стереотипы рождают определенные ожидания относительно поведения людей и дают возможность взаимодействовать на этой основе.

Социальное взаимодействие и общение. Общаясь между собой, люди не только передают и получают информацию, так или иначе воспринимают друг друга, но и определенным образом взаимодействуют. Социальное взаимодействие яв-

ляется характерной чертой человеческой жизнедеятельности. Каждый наш день включает множество различных по форме и содержанию типов взаимодействия с другими людьми. Не случайно многие исследователи считают, что проблемы взаимодействия должны занимать центральное место в социально-психологической науке. Самым общим образом социальное взаимодействие можно определить как «процесс, в котором люди действуют и реагируют на действия других» (Смелзер).

Социальное взаимодействие может также рассматриваться как одна из сторон общения, как коммуникационный процесс, направленный на то, чтобы повлиять на действия и взгляды индивидов, вовлеченных в этот процесс.

Американский психолог Холландер выделяет следующие характерные черты социального взаимодействия. Первая черта — взаимозависимость поведения участников взаимодействия, когда поведение одного участника выступает как стимул для поведения другого и наоборот. Вторая характерная черта социального взаимодействия — это взаимные поведенческие ожидания на основе межличностногю восприятия друг друга. Фундаментом, лежащим в основе первой и второй, является третья черта — подразумеваемая каждым участником взаимодействия оценка ценности, приписываемой действиям и мотивам других людей, а также удовлетворенности, которую другие могут обеспечить.

Западные исследователи выделяют две большие категории в понятии *структура взаимодействия*. Во-первых, это формальная структура взаимодействия, под которой понимают такие образцы взаимоотношений, которые требуются обществом, его социальными институтами и организациями. Во-вторых, имеется также неформальная структура взаимодействия, порождаемая индивидуальными мотивами, ценностями, особенностями восприятия. То, что называется формальным уровнем взаимодействия, закреплено в формальных (официальных) социальных ролях. Неформальный уровень взаимодействия основан на межличностной привлекательности, привязанности людей друг к другу. Этот уровень обусловлен индивидуальными диспозициями. Отметим также, что взаимодействие в официальных ситуациях может приобретать некоторые черты неформального взаимодействия. Будучи длительными и непрерывными, формальные отношения обусловливаются также индивидуальными психологическими свойствами взаимодействующих людей.

При рассмотрении особенностей связей между людьми обычно выделяют два вида взаимозависимости — кооперацию и конкуренцию. В первом случае (кооперация) некоторое количество индивидов вступает в контакт друг с другом и осуществляет согласованные действия с целью достижения определенной цели. Обычно речь идет о цели, которую невозможно достичь, действуя в одиночку. Уровень кооперации возрастает по мере того, как люди осознают свою взаимозависимость и необходимость доверия друг к другу. Во втором случае (конкуренция) действия нескольких индивидов происходят в условиях соревнования, где выигрыш возможен только для одного человека. Например, игра в шахматы.

Указанные два вида взаимодействия не следует противопоставлять, рассматривая как взаимоисключающие. Так, существует немало соревновательных по форме ситуаций, в которых обе участвующие стороны могут выиграть посредством кооперативных действий. Возьмем, например, научную дискуссию. Конечно, каж-

дому из ее участников хочется, чтобы его позиция возобладала над остальными. Однако в процессе научного спора, высказывая собственные аргументы в пользу своей концепции, все его участники движутся в направлении поиска истины. Дипломатия также представляет собой взаимозависимые отношения, которые включают и соревновательные и кооперативные элементы.

В целом исследователи отмечают, что зависимость одного человека от другого увеличивает возможности влияния. Такой вид взаимозависимых отношений, при котором подверженность влиянию сравнительно велика, можно отметить в случаях доминирования, включая власть. Хотя термины «власть» и «влияние» иногда используют как взаимозаменяемые, отождествлять эти понятия нельзя. Обычно власть ассоциируется с тем или иным принуждением, пусть даже в «мягкой» форме. В самом крайнем случае наличие власти предполагает ситуацию принудительного доминирования. При этом люди, на которых направлено воздействие власти, не имеют никаких альтернатив, кроме подчинения. Когда мы говорим о влиянии, то обычно имеем в виду передачу информации, для того чтобы изменить мнение или поведение индивида (группы лиц). При этом данные индивиды располагают более чем одной альтернативой в качестве ответной реакции.

Самый важный аспект власти (это касается и межличностных отношений) состоит в том, что она является функцией зависимости. Так, чем больше индивид Б зависит от индивида А, тем большей властью обладает А над Б. Если вы обладаете чем-то таким, что требуется другим людям, но что контролируется только вами, то вы ставите этих людей в зависимость от вас. Поэтому вы получаете власть над ними. Порой человек, находящийся в организации на сравнительно низком иерархическом уровне, обладает важными знаниями, которыми могут не располагать другие сотрудники, занимающие более высокие места на служебной лестнице. В подобных случаях чем важнее данная информация, тем больше власти имеет первый над вторыми. Способность человека уменьшать неопределенность ситуации для своей группы также увеличивает его доминирование и индивидуальную потенциальную власть. Вот почему иные работники утаивают информацию или окутывают свои действия покровом секретности. Подобная практика может создать впечатление, что деятельность такого работника является более сложной и важной, чем она есть на самом деле.

Обычно психологи выделяют три следующих процесса, благодаря которым люди оказываются под тем или иным влиянием. Это *уступчивость*, *идентификация* и *интернализация*. Одно и то же поведение может быть производным любого из этих процессов или же их сочетания. Допустим, вы говорите другому человеку, чтобы он что-то сделал, и тот это делает. Поведение данного человека может являться следствием его уступчивости, идентификации или интернализации. Рассмотрим эти процессы.

Уступчивость проистекает из того, что человек (иногда неосознаваемо) прикидывает про себя, во что ему обойдется невыполнение данного требования или приказа, какова может быть «цена» непослушания. Индивид следует какому-либо приказу, но сам, возможно, испытывает чувство негодования или, наоборот, чув-

ство покорности. Любое влияние человека, имеющего власть, например руководителя в организации, может основываться на уступчивости, особенно, когда есть страх наказания или желание получить вознаграждение. При этом руководители имеют основания рассчитывать на уступчивость в течение всего времени, пока они контролируют то, в чем нуждаются их подчиненные.

Идентификация отмечается тогда, когда один человек оказывается под влиянием другого человека вследствие привлекательности последнего. Этот другой может вызывать у первого симпатию или предоставлять нечто, к чему первый стремится, например значительную позицию, положение в обществе. В социальной психологии обычно под идентификацией понимают отождествление индивидом себя с другим человеком, группой лиц. Осознаваемо или неосознаваемо индивид приписывает себе определенные свойства другого лица или группы. Многие лидеры, в том числе политические деятели, часто оказывают воздействие на других людей именно потому, что те идентифицируют себя с этими лидерами.

Интернализация осуществляется тогда, когда некто (часто официальный или неофициальный лидер) обладает достаточной компетентностью, чтобы пользоваться доверием других людей. В таком случае люди полагают, что предложения данного лица являются для них наилучшим курсом действий. Его мнения и оценки считаются надежными, заслуживающими доверия. Итог процесса интернализации состоит в том, что требования, высказываемые этим авторитетным человеком, безоговорочно принимаются другим лицом и становятся его собственными требованиями к себе самому.

В заключение отметим, что сфера социального взаимодействия охватывает широкий круг разнообразных межличностных контактов. В их процессе осуществляются определенные совместные действия, которые далее приводят к новым контактам и взаимодействиям и т. д. Почти все поведение любого человека является результатом социальных взаимодействий в настоящем или прошлом. При этом передача и прием информации людьми, восприятие, понимание и оценка ими друг друга, их взаимодействие находятся в непрерывном единстве, составляя в итоге то, что можно назвать межличностным общением.

Контрольные вопросы

1. Наиболее обстоятельное описание незнакомого человека при формировании первого впечатления о нем дают в экспериментах:

❶ физики;

❷ экономисты;

❸ юристы;

❹ биологи.

2. Как влияют на нас социальные стереотипы?

❶ Помогают лучше понимать других людей.

❷ Позволяют нам составить правильное впечатление о другом человеке при первой встрече.

❸ Могут приводить нас к ошибочным суждениям о той или иной конкретной личности.

❹ Способствуют успешному взаимодействию людей.

3. Наибольшая удовлетворенность людей отмечается в экспериментах:

❶ при автократическом стиле лидерства;

❷ при демократическом стиле лидерства;

❸ при свободном стиле лидерства;

❹ когда каждый из членов группы по очереди выступает в роли лидера.



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава 10

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Становление клинической психологии как одной из основных прикладных отраслей психологической науки неразрывно связано с развитием как самой психологии, так и медицины, физиологии, биологии, антропологии; ее история начинается с античных времен, когда психологические знания зарождались в недрах философии и естествознания.

Возникновение первых научных представлений о психике, выделение науки о душе, формирование эмпирических знаний о психических процессах и их нарушениях связано с развитием античной философии и достижениями античных врачей в анатомии и медицине. Так, Алкемон Кротонский (VI в. до н. э.) впервые в истории знания выдвинул положение о локализации мыслей в головном мозге. Вслед за ним мозг как орган психики рассматривал и Гиппократ. Среди большого наследия осталось разработанное им учение о темпераменте с классификацией человеческих типов на соматической основе (гуморальная концепция). Александрийскими врачами Герофилом и Эразистратом, проводившими вскрытия человеческих тел, были дифференцированы нервы и обнаружены различия между их чувствительными и двигательными волокнами. Ими был детально описан мозг и обращено внимание на кору с ее извилинами, что отличало человека по умственным способностям от животных.

Анатомо-физиологические сведения эллинов объединил и дополнил римский врач Гален (II в. до н. э.). В его учении появились первичные представления о психическом факторе как возможном источнике движения. Сочинения Галена были настольной книгой врачей вплоть до XVII в. Воззрения античных врачей базировались на различных течениях идеалистической философии того времени (гностицизме, иудейско-александрийской философии, неоплатонизме, патристике и др.), в которых душа отождествлялась с жизненным началом — в сферу душевных феноменов включались все процессы, обеспечивающие слаженную работу организма.

Следующим, довольно длительным периодом являлись Средние века, пронизанные безудержным мистицизмом и религиозным догматизмом, гонениями на естествоиспытателей и кострами инквизиции. Вначале связь с античным миром была достаточно сильна. Обучение строилось на основе античной философии

и естественнонаучных достижений Гиппократа, Галена, Аристотеля. Затем знание приходит в упадок, наступают времена мистики и каббалистики, расцветает алхимия и вплоть до XIII в. длятся «темные» годы. Психология в Средние века приобретает этико-теологический характер, опираясь на томистскую философию Фомы Аквинского. Развитие представлений о психике в этот период резко замедлилось. Вместе с тем на Востоке накапливались знания об анатомо-физиологических особенностях человеческого организма как основе душевной жизни. После падения Александрии, в библиотеках которой хранились рукописи греко-римской медицины, ученые и врачи нашли приют в Персии, вскоре завоеванной арабами. Таким образом остатки вывезенных рукописей попали к арабским ученым, и с середины VII в. в науке стали распространяться идеи воскресшего эллинизма. В трудах Авиценны (Ибн-Сины), Альгазена, Аверроэса (Ибн-Рушда) акцент ставился на обусловленности психических качеств и их расстройств естественными причинами, подчеркивалась зависимость психики от условий жизни и воспитания.

С XIV в. в Италии начинается новая эпоха Возрождения, характеризующаяся деятельностью великих гуманистов Данте, Петрарки, Бокаччо. Их творчество приводит вновь, как в Античности, к «открытию» Человека. Изобретение книгопечатания Гутенбергом в Германии (XV в.) осветило путь гуманизма к реализации своей просветительской задачи. Открытия Коперника, Бруно, Галилея находились у истоков классической науки Нового времени. Бурно развивались медицина, анатомия и физиология в разных странах Европы. Парацельс представил новый взгляд на природу человеческого организма и методы лечения болезней. Анатомическая школа Везалия, пришедшая на смену анатомии Галена, в поисках материального субстрата психических процессов детально описала плотное вещество мозга, что позволило исследователям того времени вновь вернуться к представлениям о неделимости психического. Немецкие схоласты Гоклениус и Кассман впервые ввели в научное обращение термин «психология» (1590). Возросший интерес к психологическим явлениям обеспечил фактическую базу для более поздних успехов психологического анализа Бэкона и Декарта.

Английский философ Бэкон отказался от изучения общих вопросов, связанных с природой возникновения души, и сконцентрировал свои научные усилия на эмпирическом описании ее процессов. Отказ от изучения души как особого предмета и переход к исследованию душевных процессов готовили предпосылки для становления новых взглядов на сознание и отмирание науки о душе.

В это же время французским философом и математиком Декартом, занимавшимся и физиологическими исследованиями, разрабатывается понятие о рефлексе (хотя самого термина еще не было). По его схеме, взаимодействие организма с окружающими телами опосредуется нервной машиной, по сути — автоматом, состоящим из мозга как центра и «нервных трубок», расходящихся от него. Внутри каждой из трубок находится натянутая нить, сокращающаяся, когда на ее периферический конец воздействует какой-то внешний предмет. В результате открываются клапаны, благоприятствующие перемещению «животных духов» от мозга к мышцам и сокращению последних. Душа соединена со всем телом, и особенно — с небольшой шишковидной железой, находящейся в середине мозга. Эта железа улавливает малейшие движения живых духов и даже может под воздействием

впечатлений направлять их к мышцам. Таким образом, действия внешних предметов на окончания нервов признавались приоритетными в качестве причины двигательных актов. Впервые источником возникновения психического становится стимул, вынесенный за пределы организма.

Спиноза, развивая монистическое учение о субстанции, преодолел дуализм Декарта и на основе своих идей оригинально подошел к проблеме познания и аффектов. Он различал три рода познания — абстрактные понятия отдельных вещей, общие идеи о существенных свойствах вещей и интуитивное познание, при котором существенное и индивидуальное выступают в их подлинном единстве в форме конкретных идей. Тем самым Спиноза наметил движение познания от абстрактного к конкретному. Он же выделил три основных аффекта — желание, удовольствие и неудовольствие. Аффекты различаются в зависимости от объектов, со стороны которых человек подвергается воздействиям. Из этих первичных аффектов образуется все многообразие страстей человека. Психология Спинозы — новый после Декарта важный шаг в становлении сознания как объекта психологического изучения. Вместе они составляют рациональную линию в трактовке сознания. Происходит окончательное выделение сознания как предмета исследования, что, в свою очередь, влияет на формирование новых теоретических основ психологии. Возникают предпосылки для возникновения эмпирической интроспективной и ассоционистской психологии.

Главной целью «отца» эмпирической психологии Локка было исследование происхождения достоверности и объема человеческого познания. Критикуя схоластов за представление о врожденности знания, Локк настаивал на том, что только опыт как индивидуальная история жизни человека является источником знания. Формирование идей он связывал с понятием ассоциации и впервые ввел этот термин в науку. Локк рассматривал сознание как обязательный признак психических явлений, объединяющий также переживания и формирующий из этого единства личность. Учение Локка об опытном происхождении душевной жизни завоевало популярность в научных кругах того времени и оказало значительное влияние на развитие идей таких ассоционистов, как Беркли, Юм, Гартли.

В XVIII в. в России широко развернулось просветительское движение, тесно связанное с русским массонством, стремившимся проникнуть в сокровенные глубины христианства и воплотить его в жизнь. С этим движением связаны истоки формирования психологических взглядов, которые, как это ни парадоксально, дали начало материалистическим традициям в России. Яркими представителями того времени были Новиков, крупный ученый и организатор издательского дела, профессор философии Московского университета Шварц, призывавший к нравственному и духовному совершенствованию человека, Радищев, человек высокой культуры, знакомый с теориями Руссо, Локка, Гельвеция, Лейбница, в трудах которого большое место занимала проблема развития психики и в связи с этим сравнение психики человека и животных. Книга Радищева «О человеке, о его смертности и бессмертии» имела и психологическое значение. В 1796 г. вышла первая русская книга, посвященная психологии, — «Наука о душе». Ее автор Михайлов произвел систематизацию психологических знаний в духе эмпиризма Локка, описал ощущения и мысли как ассоциации представлений.

Конец XVIII — начало XIX в. ознаменовались развитием психологических представлений о разложимости психических процессов на некие изначальные психические «способности», врачи того времени начали искать мозговой субстрат этих «способностей». В 1779 г. немецкий анатом Мейер выдвигает предположение о том, что интеграция всех психических функций осуществляется мозолистым телом и мозжечком, а отдельные психические «способности» локализованы в коре головного мозга, в белом веществе и в базальных областях мозга.

К числу наиболее известных относятся попытки крупнейшего австрийского анатома начала XIX в. Галля локализовать моральные и интеллектуальные качества человека в различных частях головного мозга. В своих работах он попытался представить его кору в виде совокупности «органов» многочисленных психических способностей (смелости, честолюбия, инстинкта продолжения рода и т. п.) и предположил, что развитие отдельных участков коры, борозд и мозга в целом якобы влияет на форму черепа и поэтому исследование его поверхности позволяет диагностировать индивидуальные особенности личности. Подобные представления, не имея ничего общего с наукой, носили умозрительный и полуфантастический характер, но идеи Галля о роли коры и связи умственных функций с лобными долями являлись важными и прогрессивными для своего времени.

В начале XIX в. благодаря работам М. Холла и Мюллера получает дальнейшее развитие учение о рефлексе. Исследования Штейнбуха и Бэлла значительно обогатили область опытного изучения сенсорных функций. Однако в сфере объяснений общего механизма душевных явлений по-прежнему доминировала ассоциативная концепция, которая воспринималась не только как общая теоретическая схема, но и как система эффективного воздействия на поведение человека в целях его преобразования в желательном для медицины и педагогики направлении. В середине XIX в. в исследования психического немецким физиологом Вебером внедряются математические методы, что выводит зарождающуюся психологическую науку за пределы знания, получаемого только из опыта, к точному математическому выражению. Новая линия исследований Вебера оставалась неприметной, пока ее не выделил и не превратил в исходный пункт психофизики Фехнер. Его труд «Элементы психофизики», вышедший в 1860 г., оказал неоценимое воздействие на все последующие работы в области измерения и вычисления психических явлений. Другим, не менее важным открытием середины XIX в. было вычисление времени протекания нервных реакций Гельмгольцем. Это доказывало, что нервные процессы, как и все физиологические процессы, протекают в теле с определенной скоростью и, следовательно, психические процессы, будучи неотделимыми от нервных, совершаются во времени и пространстве и доступны опытному изучению. Исследования Гельмгольца были развиты и дополнены работами Дондерса и Экснера и оказали значительное влияние на выделение психологии в самостоятельную область знания, так как, во-первых, психика теперь признавалась реальностью, вплетенной в сложную систему взаимодействия между стимулами внешнего мира и ответной деятельностью организма и, во-вторых, появились возможности разработки методов, способных перевести эту реальность в научные понятия и модели. В это же время Сеченовым был дан значительный толчок развитию рефлекторной концепции после открытия им механиз-

мов центрального торможения. Это открытие привело его к важнейшему выводу о рефлекторной природе психики. Опубликованные в 1863 г. «Рефлексы головного мозга» явились основой развития русской физиологии и науки о поведении в дальнейшем. В середине XIX в. широкое распространение в биологии и медицине получила концепция основателя современной патологической анатомии немецкого ученого Вирхова о так называемой целлюлярной патологии — несколько одностороннем представлении о роли отдельных клеток в жизнедеятельности организма. Вирхов утверждал, что любой патологический процесс является суммой нарушений, происходящих в каждой клетке. Несмотря на известную механистичность, эти идеи послужили толчком для различных исследований клеточной структуры мозга и мозговой коры. В 1861 г. французский анатом и хирург Брока, выступая на Парижском антропологическом обществе, представил материалы изучения двух больных с потерей речи, обратив внимание на ее связь с поражением нижней лобной извилины левого полушария. Вызвав горячую дискуссию, эти наблюдения стимулировали исследования по локализации функций в коре головного мозга, в том числе связанные с раздражением отдельных участков мозга электричеством. Благодаря работам Брока возник клинический метод изучения структуры мозга. В 1874 г. немецкий психиатр Вернике описывает 10 больных с нарушениями понимания обращенной речи, имеющих локализацию очага поражения в задних отделах верхней височной извилины также левого полушария. Конец прошлого века ознаменовался и другими успехами локализационистов, полагавших, что ограниченный участок мозга может являться «мозговым центром» какой-либо психической функции: было замечено, что поражение затылочных отделов мозга вызывает нарушения зрительного восприятия, а поражения теменной области — потерю способности правильно строить предметное действие. Позднее возникает мысль, что в коре головного мозга можно выделить «центр письма», «центр счета» и др.

Одновременно в качестве контраргумента появляются работы другого плана, указывающие на неполноту потери тех или иных психических функций при локальных поражениях мозга, обратимый характер их нарушений, на связь их масштабности с общей потерей массы мозга. Так, известный английский невролог Джексон, проанализировавший имевшиеся к тому времени противоречия в исследованиях потери речи, на основе динамического подхода выдвигает идею о трехуровневой организации работы центральной нервной системы. По его представлениям, никакая психическая функция не является результатом деятельности ограниченной группы клеток мозга, а имеет сложную «вертикальную» организацию: первый низший уровень представлен стволовыми отделами мозга, средний уровень — двигательными и сенсорными отделами коры, а высший — его лобными отделами. Важнейшим выводом из этого несколько устаревшего к сегодняшнему дню, но опережавшего свое время взгляда являлась невозможность прямого отождествления локализации симптома с локализацией функции.

Развитие науки середины XIX в. привело к стремительным изменениям представлений о живой природе, о функциях организма, в том числе психических, как в норме, так и в патологии. Этим изменениям в психологии вообще и в зарождающейся научной медицинской психологии в частности способствовали также гло-

бальные научные открытия в Европе: теория Дарвина в Англии, раскрывшая законы эволюции; учение о механизмах саморегуляции Бернара во Франции, определившее понятие гомеостаза; достижения физико-химической школы в Германии, по-новому представившие основы жизни; открытие механизма центрального торможения Сеченовым в России, радикально изменившее общую картину динамики процессов высшей нервной деятельности.

Изменились общие представления об организме. Теперь отдельный организм воспринимался как целостность, противостоящая среде и взаимодействующая с ней. Начал формироваться системно-детерминистский подход в изучении человека и его психических процессов. Во второй половине XIX в. научные методы стали привычным инструментом в исследованиях психических явлений, особенно в 1970–1980-х гг. В 1879 г. в Лейпциге Вундтом была организована первая в мире экспериментально-психологическая лаборатория. Вундт стал основоположником психологии как формальной академической дисциплины. Его труд «Основания физиологической психологии», вышедший в 1874 г., положил начало психологии как самостоятельной науки. За годы научной и преподавательской деятельности Вундта 17 тыс. студентов прослушали его лекции. Он учредил первый журнал по психологии, открыл Институт экспериментальной психологии, основал свою научную школу, где обучались и работали известные в дальнейшем ученые — Крепелин, Мюнстерберг, Кюльпе, Киршман, Мейсман, Марбе, Липпс, Крюгер (Германия); Титченер (Англия); Скрипчур, Энджелл, Г. С. Холл, Уитмер (США); Бехтерев, Чиж, Ланге (Россия), — многие из которых считаются основателями клинической психологии. В первую очередь следует упомянуть Уитмера, который ввел понятие клинической психологии, он организовал при Пенсильванском университете психологическую клинику для отсталых и душевнобольных детей, разработал курс лекций по этой проблеме. Уитмер был одним из первых членов Американской психологической ассоциации, организованной Ст. Холлом в 1892 г. и являющейся самой влиятельной организацией психологов в мире и в наше время. В 1907 г. Уитмер основал журнал «Психологическая клиника», в первом выпуске которого предложил новую специализацию для психологов — клиническую психологию. Хотя Уитмер способствовал развитию клинической психологии и вполне обоснованно пользовался этим термином, на самом деле это направление было намного шире того, чем он занимался. Примеру Уитмера последовали многие психологи. Уже к 1914 г. в США действовали почти два десятка психологических клиник по типу уитмеровских. Последователи Уитмера применили его клинический подход к диагностике и лечению нарушений у взрослых.

В Германии Крепелин внедрил в психиатрическую клинику психологический эксперимент уже в начале 90-х гг. XIX в. Благодаря применению ассоциативного эксперимента он показал различия в характере ассоциаций при шизофрении (F20–F29 по МКБ-10) и маниакально-депрессивном психозе (F31). Ему принадлежит попытка составления схем исследования личности путем измерения ряда признаков: времени течения психических процессов, способности к упражнению, способности восстанавливаться после утомления, глубины сна и др. Из подобных исследований начала зарождаться новая область психологии — дифференциальная психология. Введение психологического эксперимента для решения диагности-

ческих задач и классификации душевных болезней открыло новый период в психиатрии — период Крепелина.

Ассоциативный эксперимент в диагностических целях широко использовал швейцарский психиатр Блейлер, внимательно следивший за успехами экспериментальной психологии, теоретическими взглядами на происхождение неврозов Фрейда. Благодаря этому Блейлер выделил новую форму мышления — аутистическое мышление.

Немецкий психиатр Кречмер приобрел мировую известность своей работой о связи строения тела и характера, в которой он развил учение о различии между прогредиентными процессами и конституциональными состояниями. В 1922 г. он опубликовал первый учебник под названием «Медицинская психология», в котором заложены методологические основы применения психологии во врачебной практике.

Во Франции Бине помимо экспериментальных исследований мышления изучал людей с выдающимися способностями, а также воображение, память и интеллект у детей. В 1896 г. он разработал серию тестов для испытания личности. Настоящую известность ему принесла метрическая шкала интеллектуального развития, разработанная в 1905 г. совместно с врачом Симоном с целью отбора умственно отсталых детей из нормальной школы.

Большая заслуга принадлежала Рибо, основоположнику современной экспериментальной психологии во Франции. Он называл патопсихологию естественным экспериментом самой природы. Многие его труды были посвящены изучению болезней памяти, личности, чувств. Рибо отмечал, что психология должна изучать конкретные факты психической жизни в их динамике. Идеи Рибо получили дальнейшее развитие в работах его ученика Жанэ. Основным методом психологии он считал клиническое наблюдение. Жанэ развивал эволюционные идеи об уровнях поведения. Все функции психики в филогенезе и онтогенезе описывались в последовательности их становления. Поражением того или иного уровня объясняли психические заболевания — так, при неврозе (F40–F48) это относится к верхним этажам, а например, при идиотии (F70–F79) поведение больного находится на стадии рефлекторных действий. Позже, в 1923 г., он опубликовал свой труд «Медицинская психология», где уделил много внимания вопросам психотерапии. Учениками Жанэ были Пьерон, Валлон и Пиаже — основатели современной французской генетической психологии.

В ходе развития и совершенствования экспериментальной психологии индивидуальные различия вначале считали помехой для изучения наиболее общих законов сознания и психики, однако в дальнейшем к ним начали обращаться взоры исследователей. Гальтон в Англии, Бине во Франции, Кеттелл и Ст. Холл в США, Крепелин и Штерн в Германии, Лазурский в России были первыми, кто создавал психологию индивидуальных различий.

Огромный вклад в развитие клинической психологии внес психоанализ Фрейда, возникший в начале 90-х гг. XIX в. из медицинской практики лечения больных с функциональными нарушениями психики, значительно продвинувший вперед психологическую теорию возникновения психических расстройств, а также открывший путь психоаналитического лечения для психологов и врачей.

Психоанализ стал центральным течением глубинной психологии, основным предметом и общей проблемой которой являются бессознательная психика и ее влияние на формирование личности. В дальнейшем глубинная психология заняла одну из лидирующих позиций как крупное психологическое направление с многочисленными последователями и талантливыми теоретиками в своих рядах.

В России экспериментальную психологию разрабатывали врачи-психиатры. В 80–90-х гг. XIX в. ими были организованы экспериментально-психологические лаборатории при психиатрических клиниках. Бехтерев открыл вторую в Европе экспериментально-психологическую лабораторию в Казани в 1885 г., а затем ряд лабораторий в Санкт-Петербурге для исследования нервнобольных. Сотрудниками этих лабораторий были разработаны методики экспериментально-психологического исследования психически больных, некоторые из них используются в практике по сей день. Корсаков и Токарский открыли психологическую лабораторию в психиатрической клинике при медицинском факультете Московского университета; здесь велись разработки по изучению механизмов и расстройств памяти и мышления, внесшие ценный вклад в психологическую науку. Психологические лаборатории были также открыты Сикорским в Киеве, Чижом в Дерпте (ныне Тарту). В этих лабораториях разрабатывались и апробировались методы исследования для решения психологических, физиологических, психиатрических задач. Первым психологом, открывшим психологическую лабораторию, был Ланге, внесший большой вклад в развитие научной психологии в России. В 1901 г. Нечаев организовал психологическую лабораторию для исследования основ школьного дела, и в 1904 г. при этой лаборатории были открыты первые педологические курсы под руководством Румянцева. Соратник Бехтерева Лазурский расширил применение эксперимента, распространив его на исследование личности. Он разработал метод естественного эксперимента, который наряду с лабораторными приемами позволял исследовать личность человека, его интересы и характер. Лазурский, будучи заведующим психологической лабораторией Психоневрологического института, организованного Бехтеревым в 1907 г., был одним из создателей Санкт-Петербургской психологической школы. Россолимо, известный детский невропатолог, разработал свой метод экспериментального изучения личности — метод психологических профилей, имевший большое диагностическое значение для определения личностных дефектов. Крупнейшим событием в истории отечественной психологии явилось открытие Психологического института при Московском университете в 1912 г., основателем которого был Челпанов. Сотрудники этого института составили научное ядро, вокруг которого начала формироваться Московская психологическая школа. Так развивалась и крепла экспериментальная и прикладная психология в России с конца XIX — начала XX в.

В первой трети XX в. в психологии произошел разрыв между развивающимися эмпирическими и прикладными исследованиями в психологии и теоретико-методологическими основаниями психологической науки, особенно субъективно-идеалистического представления о психике. Период открытого кризиса в психологии продолжался до середины 30-х гг. XX в. Начали возникать самостоятельные направления в психологии, претендовавшие на создание новой психологической

теории. Важнейшими направлениями периода открытого кризиса стали бихевиоризм, глубинная психология, гештальтпсихология. Каждое из них опиралось на свои теоретические представления о природе психических процессов, имело собственную теорию личности в норме и патологии, разрабатывало основы психологического воздействия на человека.

В 1913 г. в США Уотсон, выступая с критикой структурного и функционального подходов в психологии, призвал рассматривать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением. С этого момента начинает свое развитие бихевиоризм как отдельное направление в психологии. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория Павлова и теория сочетательных рефлексов Бехтерева. Павлов продемонстрировал в своих экспериментах, что высшая нервная деятельность может описываться на подопытных животных в терминах физиологии, без привлечения понятия сознания. Условные рефлексы Павлова предоставили науке базовый элемент поведения, посредством которого можно было изучать сложное и многогранное поведение человека в лабораторных условиях. Уотсон воспользовался этой идеей и сделал ее основой своей программы. Павлов с удовлетворением отмечал, что работы Уотсона и дальнейшее развитие бихевиоризма в США являются убедительным подтверждением его идей и методов. Бехтерев полагал, что поведение высшего уровня можно объяснить как сочетание или накопление моторных рефлексов более низкого уровня. Процессам мышления присущ аналогичный характер — в том смысле, что они зависят от внутренних действий речевой мускулатуры. Это положение и было развито позднее Уотсоном. Бихевиоризм Уотсона представлял собой попытку построить науку, свободную от менталистических понятий и субъективных методов, науку столь же объективную, как и физика. Это означало, что все сферы поведения должны были рассматриваться в объективных терминах «стимул—реакция». Эксперименты Уотсона с условными рефлексами привели его к заключению, что эмоциональные расстройства невозможно свести только к сексуальным факторам, как утверждал Фрейд. Уотсон считал, что проблемы взрослого человека связаны с обусловленными реакциями, сформированными в детстве или подростковом возрасте. А если они являются следствием неправильного воспитания в детстве, то соответствующим воспитанием можно предотвратить появление расстройств в более зрелом возрасте. Он разработал программу оздоровления общества — экспериментальную этику, основанную на принципах бихевиоризма. Несмотря на то что эта программа так и не достигла поставленных целей, сам Уотсон получил широкое признание как основатель научной школы. К 1930 г. бихевиоризм представлял собой уже крупное направление и в дальнейшем продолжил свое развитие в работах необихевиористов Толмена, Халла и Скиннера, опиравшихся на принципы операционизма Бриджмена. Толмен в 1932 г. описал собственную систему целенаправленного бихевиоризма, определяющую целенаправленность поведения, ввел важное для бихевиоризма понятие промежуточной переменной и латентного научения, чем оказал большое влияние на дальнейшее развитие теории научения. Халл дополнил теорию научения законом о первичном и вторичном подкреп-

лении, ввел в науку гипотетико-дедуктивный метод, как он считал — единственно адекватный метод бихевиоризма. Самой влиятельной фигурой необихевиоризма на протяжении нескольких десятилетий являлся Скиннер (всеобщее признание его пришлось на послевоенные годы). Он выдвинул концепцию оперантного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Речь человека Скиннер считал вербальным поведением, и как любое поведение она подлежит подкреплению, прогнозированию и управлению. Взгляды на природу процесса научения вышли за пределы лабораторий и воплотились в концепции программированного обучения и поведенческой психотерапии.

Гештальтпсихология возникла в период открытого кризиса как реакция против атомизма и механицизма всех разновидностей ассоциативной психологии, а также и бихевиоризма. Она явилась наиболее продуктивным вариантом решения проблемы целостности в психологии. Гештальтпсихологи выступили с новым пониманием предмета и метода психологии — важно начинать с наивной картины мира, изучать реакции так, как они есть, изучать опыт, не подвергшийся анализу, сохраняющий свою целостность. В этой структуре отдельные элементы выделяются, но они вторичны и определяются по своему функциональному значению в целом. Основными представителями этого направления считаются Вертхаймер, вокруг которого сплотились Келлер, Коффка и Левин, образовавшие Берлинскую школу. Вертхаймер в 1912 г. в книге «Экспериментальные исследования восприятия движения» поставил под сомнение привычное представление о наличии отдельных элементов в акте восприятия и доказал целостный характер восприятия, не сводимого к ассоциации ощущений. Гештальтисты ввели новые единицы восприятия — фигура, фон, прегнантность и др. Получив развитие первоначально на основе изучения феноменов восприятия, гештальтпсихология была затем применена к объяснению интеллектуального поведения антропоидов Келлером, который ввел понятие инсайта, творческого мышления человека Вертхаймером, онтогенетического развития психики Коффкой, личности человека Левином, разработавшего психологическую теорию поля. В 1921 г. Вертхаймер, Келлер и Коффка основывают журнал «Психологические исследования», где публикуют достижения своей школы. С этого времени она начинает влиять на мировую психологию. Большое значение имели обобщающие статьи Вертхаймера — «К учению о гештальте», «О гештальттеории»; Левина — «Намерения, воля и потребности»; книги Келлера — «Гештальтпсихология» и Коффки — «Принципы гештальтпсихологии». Все это способствовало усилению влияния гештальтпсихологии. Левин, продолжая работу над теорией поля, применил структурно-динамический подход к различным сторонам и проявлениям личности. Под его руководством были созданы новые методы исследования, значительно обогатившие психологию. Это опыты на прерванное действие, разработанные Овсянкиной, на замещение — Лисснера и Малера, на выявление уровня притязаний Хоппе, опыты на запоминание незавершенных и завершенных действий, известные больше как «эффект Зейгарник» — по фамилии русской ученицы Левина Зейгарник, которая по возвращении из Берлина стала одним из пионеров патопсихологии в Советской России.

После прихода к власти в Германии фашистов основатели гештальтпсихологии эмигрировали в США. Здесь теоретические исследования не получили значительного развития. Только Левин, который увлекся социальной психологией и ввел понятие групповой динамики, применимое как к индивидуальному, так и групповому поведению, развил свою теорию поля введением дополнительной категории — социальное поле, и создал свою школу в Америке. В прикладном аспекте его группы социально-психологического тренинга стали предшественниками групп разрешения конфликтов, столь популярных в 1960–1970-е гг.

В 1930-х гг. продолжались исследования по проблеме соотношения мозга и психики. Однако попытки непосредственной локализации самых сложных психических функций в ограниченных участках мозга сопровождались получением такого обширного материала, что в 1934 г. немецкий психиатр Клейст, изучавший главным образом нарушения высших психических функций вследствие военных травм головного мозга, составил локализационную карту мозга, в которой связал отдельные, в том числе и социально обусловленные, функции с деятельностью конкретных участков коры (наибольшую известность получила цитоархитектоническая карта коры мозга Бродмана, построенная на основании гистологических исследований, проведенных еще в начале века, и включавшая десятки участков, имеющих различное строение).

Существенный вклад в исследования по проблеме локализации функций был внесен Павловым, разработавшим учение о динамической локализации функций, об образовании в коре головного мозга «динамических стереотипов», о мозговой изменчивости в пространственной приуроченности возбудительных и тормозных процессов. В его работах формулируются и обосновываются представления о первой и второй сигнальных системах, выдвигается и разрабатывается понятие об анализаторах, их ядерной и периферических частях. Не меньшее значение имеют и исследования морфологии мозга и его рефлекторного функционирования, проведенные в начале века организатором и первым директором двух крупнейших научных учреждений — Психоневрологического института и Института по изучению мозга — Бехтеревым.

Среди зарубежных исследований первой половины XX в., способствующих пониманию роли мозга в психических процессах, наибольшую известность получили работы английского физиолога Шеррингтона и канадского нейрохирурга Пенфилда.

Глубинная психология начала свой путь развития с психоанализа Фрейда, который разработал свою собственную, отличную от традиционной, методологию, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами. Фрейд предложил своеобразную психологическую технику — метод свободных ассоциаций. Целью метода было возвращение в сознание вытесненных представлений и переживаний, которые могли быть причиной невротических расстройств или аномального поведения пациента. Фрейд тщательно занимался самоанализом, и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Он предпринял работу по самоанализу, чтобы лучше постичь себя и понять своих пациентов. Основным средством самоанализа Фрейд считал анализ сновидений и в 1900 г.

обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений», которая и сегодня считается одной из главных его работ. В 1901 г. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни», где высказал предположение о том, что бессознательные идеи, конкурируя между собой за прорыв в сознание, оказывают существенное влияние на мысли, поступки и действия человека, изменяя их. В 1902 г. к Фрейду обратилась группа студентов, в том числе Адлер и Юнг, с просьбой руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанализа. Так возникла психоаналитическая школа Фрейда, которая создала основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психологии и психотерапии — динамического направления, объединяющего в себе большое число теорий, опирающихся на концепцию бессознательного. Фрейд стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений Фрейдовское общество покидает один из любимых учеников Фрейда Адлер — основатель индивидуальной психологии. В 1914 г. от Фрейда отошел и швейцарский психиатр Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. Юнг разработал собственную аналитическую психологию.

Помимо индивидуальной психологии Адлера и аналитической психологии Юнга психоанализ Фрейда явился истоком для обширного течения в психологии, возникшего в 30-х гг. XX в., — неопсихоанализа. Его крупнейшими представителями стали Хорни, разработавшая характерологический анализ, Фромм с его гуманистической психоаналитической теорией, Салливан, создавший интерперсональную теорию психиатрии, Эриксон — автор психосоциальной концепции. Период создания этих теорий охватывает десятилетия как до Второй мировой войны, так и после нее. Глубинная психология проникла не только в психиатрию и психологию, но и в литературу и искусство, культурологию, антропологию и социологию.

В России интерес к глубинной психологии сопровождался клинической проверкой гипотез Фрейда; она имела как своих сторонников, так и противников. Российские ученые встретили идеи Фрейда о ведущем значении в происхождении неврозов (F40–F48) сексуальных переживаний со спокойным интересом.

Критические замечания в адрес психоанализа касались лишь односторонности взглядов Фрейда, игнорирования им других факторов в происхождении неврозов помимо сексуальности. Практически каждая публикация Фрейда отражалась в реферативных обзорах на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии». Большинство крупных работ было переведено на русский язык и издано отдельными книгами. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые, как Осипов, Вырубов, Асатиани, Вульф, Розенталь, Лурия, Лившиц и др.

После Октябрьской революции 1917 г. и Гражданской войны в Советской России еще продолжалось изучение психоанализа. Были наивные попытки объединения психоанализа с марксизмом, носившие общее название фрейдомарксизма (Лурия, Фридман). После того как марксизм-ленинизм в СССР стал единственной теорией, фрейдизм, как и бихевиоризм и другие психологические концепции, был

подвергнут жесткой критике и запрещен как пропаганда буржуазной идеологии. В 1920-е гг. в нашей стране активно издавались научные труды зарубежных психологов: Фрейда, Адлера, Келера, Коффки, Торндайка, Пиаже, Кречмера, во вступительных статьях к которым отечественными учеными давалась обстоятельная характеристика их теорий и методов. Продолжались и устанавливались новые личные контакты советских психологов с зарубежными. Представители советской психологии активно участвовали в международных конгрессах и симпозиумах. Бурно развивалась прикладная психология, особенно психотехника и педология. К 1923 г. в стране насчитывалось 13 научных институтов, занятых изучением проблемы труда, большое количество педологических лабораторий. С 1928 г. начал выходить журнал «Психология, педология и психотехника», где публиковались результаты исследований, проводимых в нашей стране. Активно развивалась психодиагностика. Так, при московском отделении ВИЭМ в патопсихологической лаборатории под руководством Выготского, Биренбаум и Зейгарник исследовалась психология умственной отсталости. Патопсихологические исследования разрабатывались в Психоневрологическом институте под руководством Бехтерева, а затем Мясищева.

Первые нейропсихологические исследования в нашей стране начали проводиться в 1920-х гг. Выготским. На основании изучения различных форм психической деятельности он сформулировал основные положения о развитии высших психических функций и смысловом системном строении сознания. Опираясь на разработанные теоретические положения, Выготский проанализировал изменения, возникающие в высших психических функциях при локальных поражениях мозга, особенности этих системных нарушений у ребенка и взрослого. В результате этих исследований им были найдены и описаны принципы динамической локализации функций, отличающие работу мозга человека от работы мозга животных. Существенное влияние на понимание отношений между психическими функциями и мозгом оказали экспериментальные и теоретические работы Бернштейна (с 1920-х гг.) по биомеханике и физиологии организации движений, содержащие одну из первых четких формулировок принципа обратной связи.

В периоде открытого кризиса в Советской России силами ведущих ученых закладывалась новая методология психологии на основе марксизма, что широко и остро обсуждалось на 1-м и 2-м Всероссийских съездах по психоневрологии в 1923 и 1924 гг. в выступлениях Корнилова, Бехтерева, Выготского.

В январе 1930 г. прошел Первый Всесоюзный съезд по изучению поведения человека, а вслед за ним реактологическая дискуссия 1930–1931 г., которые определили «единственно верный» методологический фундамент советской психологии на основе ленинской теории отражения. «Самокритика» не обошла выдающихся психологов того времени: Выготского, Корнилова, Добрынина и др.

Развитие прикладной психологии у нас в стране было приостановлено на многие годы после Постановления ЦК ВКП(б) в июле 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Идеологизация психологии и психотерапии, длительная изоляция от ведущих направлений этих наук в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом явились причиной задержки развития медицинской психологии при формальном признании значения ее роли в медицине.

Внутренняя логика развития отечественной медицинской психологии соответствовала теоретическим исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики Бехтерев и Павлов (лауреат Нобелевской премии 1904 г.), которые были воспитаны на учении о нервизме, разработанном плеядой выдающихся русских врачей XIX–XX вв. — Зыбелиным, Мудровым, Дядьковским, Захарьиным, Манассеиным, Боткиным. Экспериментальное изучение высшей нервной деятельности в лабораториях Павлова, выделение типов нервной деятельности (физиологический эквивалент темперамента), взаимосвязей между первой и второй сигнальными системами привели к теоретическому обоснованию экспериментальных неврозов, которое Павлов перенес в клинику. Таким образом был заложен методологический фундамент патофизиологической теории неврозов (F40–F48) и их психотерапии. Это направление получило название — *павловская психотерапия*. Она использовала на практике экспериментальные данные о возникновении и торможении условных рефлексов, понятия о торможении, иррадиации, индукции, фазовых состояниях. Этими терминами описывался и сам психотерапевтический процесс. Павловская психотерапия привлекла внимание многих врачей и исследователей, которые в теории и на практике развивали и дополняли ее новыми данными. Бирман разработал в 1930-е гг. глубокую аналитически-диалектическую психотерапию, отводя ведущую роль исправлению извращенной целевой социорефлекторной установки невротической личности посредством социорефлексотерапии.

В 30–40-е гг. XX в. в результате методологических, теоретических, экспериментальных и прикладных исследований, в тяжелых условиях строжайшего политического контроля, возникли первые исходные и очень разные варианты теории деятельности, разработанные Рубинштейном, Леонтьевым, Тепловым, Ананьевым. Мясищев начинает разработку одной из приоритетных в отечественной психологии концепций — психологии отношений. Ученик Бехтерева, Лазурского, Басова, Мясищев развил теоретические построения о взаимоотношениях личности и среды своих учителей и концепцию психологии личности как системы отношений индивида к окружающей действительностью в отличие от обычного понимания, рассматривающего личность как систему функций. На основании психологии отношений Мясищев в 1939 г. сформулировал клинико-патогенетическую концепцию неврозов. Теоретические положения Мясищева в дальнейшем были развиты его соратниками, учениками и последователями Авербухом, Яковлевой, Зачепицким, Страумитом, Карвасарским, Мягер, Либихом, Немчиным, Тупицыным, Исуриной, Ташлыковым, Абабковым и др.

В довоенный период советские психологи сумели и организационно укрепить свою науку. В 1930-е гг. были созданы кафедры психологии в пединститутах Ленинграда под руководством Рубинштейна и в Харькове, где работали Леонтьев и Запорожец. В 1941 г. Узнадзе и его коллегами был создан Институт психологии в Тбилиси, где разрабатывалась теория установки. В 1942–1944 гг. организованы кафедры и отделения при главных образовательных учреждениях страны — МГУ (Рубинштейн) и ЛГУ (Ананьев). Однако в последующие годы невосполнимый урон психологии был нанесен Объединенной павловской сессией Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР 1950 г., а вслед за ней в 1951 г. науч-

ной дискуссией на объединенном заседании расширенного президиума Академии медицинских наук и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. Вскрыв «извращения и ошибки», эта идеологическая кампания привела к снижению роли психологии и ее прикладных отраслей, подмене ее физиологическим учением о высшей нервной деятельности академика Павлова, умершего еще в 1936 г. На самом высоком уровне проводились инструктивные «совещания» с целью новой перестройки психологии, перевода ее на малопродуктивную для этой науки физиологическую почву. Лишь к 1960-м гг. ситуация стала меняться и возникли предпосылки к возрождению психологической науки и ее прикладных отраслей.

Во второй половине XX в., после Второй мировой войны 1941–1945 гг., крупные направления, возникшие в период открытого кризиса, постепенно теряют свою популярность, претерпевают изменения и существенно преобразуются. В философии и психологии вначале в Европе, а затем и в США внимание привлекает к себе экзистенциализм, который зародился в недрах французского сопротивления немецкой оккупации. Первыми представителями этого течения, сплотившего вокруг себя интеллектуалов того времени, считаются философ Сартр и романист Камю — лауреаты Нобелевской премии по литературе. Развитие этого учения в психологии и психиатрии стало возможным благодаря работам Хайдеггера и Ясперса. Центральной хайдеггеровской идеей является иное понимание бытия. Индивид не существует как Я или субъект в отношении внешнего мира, он и не объект или тело, взаимодействующее с другими вещами, составляющими мир, а существует через бытие в мире. Швейцарские психиатры Бинсвангер и Босс перенесли онтологию абстрактного Бытия на проблемы изучения бытия индивидуального и на основе богатейшего клинического материала разработали так называемый бытийный анализ (дазайн), направленный на реконструкцию внутреннего мира опыта. Экзистенциализм становится основанием для развития гуманистически ориентированной психологии. К концу 1950-х гг. в мировой психологии возникли два новых направления — когнитивная и гуманистическая психология.

Когнитивная психология выросла из исследований необихевиористов, прежде всего Толмена, Миллера, Прибрама, которые указали на необходимость включения когнитивных и мотивационных компонентов в структуру поведения. Миллер вместе с Брунером открыли при Гарвардском университете исследовательский центр по изучению процессов мышления и выбрали для обозначения предмета своих исследований термин «когнитивная психология». Ведущими представителями когнитивной психологии стали Найссер, Бродбент, Пайвио. Эта психология возникла под определяющим влиянием информационного подхода. Основную область исследований составляли познавательные процессы, а в дальнейшем и исследование эмоциональной и мотивационной сфер личности. В результате был сделан вывод об уровневой организации познавательной активности по переработке, хранению и использованию информации, включающей ряд блоков. Память, перцептивные процессы, внимание, мышление и его вербальные и невербальные компоненты были представлены множеством структурных моделей. В прикладном аспекте когнитивный подход был использован для разработки когнитивной психотерапии Эллиса и Бека, рассматривавших когниции как промежу-

точные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов.

В 60-е гг. XX в. в американской психологии возникло новое направление, получившее название гуманистической психологии. Это направление появилось как противовес дилемме бихевиоризм — психоанализ и открыло новый взгляд на природу психики человека. Основные принципы гуманистического направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостного характера природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманистического направления признаны Маслоу, Олпорт, Роджерс. Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 1960–1970-е гг., когда миллионы людей записывались в группы встреч, на сеансы развития способности чувствовать, курсы раскрытия потенциала человека и т. д. Само гуманистическое направление является наименее однородным и объединяет такие разнообразные методы, как гештальттерапия Перлса, экзистенциальный анализ Сартра, дазайн-анализ Бинсвангера, логотерапия Франкла, биоэнергетический анализ Лоуэна, структурная интеграцияРольф и др.

В 1960-е гг. в связи с исследованиями мозга оживился интерес к проблеме сознания и его роли в поведении. В нейрофизиологии Нобелевский лауреат Спэрри рассматривает сознание как активную силу. В нашей стране нейропсихология получает развитие в трудах Лурия и его учеников — Хомской, Ахутиной, Цветковой, Симерницкой, Корсаковой, Лебединского и др. Ими накоплен и систематизирован огромный фактический материал о роли лобных долей и других мозговых структур в организации психических процессов, обобщены многочисленные предшествующие исследования и продолжено изучение нарушений отдельных психических функций — памяти, речи, интеллектуальных процессов, произвольных движений и действий при локальных поражениях мозга, проанализированы особенности их восстановления. Ассимиляция опыта отечественных и зарубежных авторов в области разработки нейропсихологических исследовательских приемов позволила Лурия создать комплекс методов клинического исследования лиц с поражениями мозга. Одним из результатов теоретического обобщения клинического опыта стала сформулированная им концепция трехблочного строения функциональной организации мозга. Большое место в творчестве Лурии занимали вопросы нейролингвистики, разрабатываемые в неразрывной связи с проблемами афазиологии. Указанные многочисленные исследования в области нейропсихологии создали предпосылки для выделения этой науки в самостоятельную дисциплину.

Существенную роль в становлении отечественной нейропсихологии сыграли ученые и организаторы Ленинградской нейропсихологической школы Трауготт, Тонконогий и их ученики Меерсон, Вассерман и др. Благодаря сотрудничеству со специалистами в области сенсорных систем и математического моделирования, теории информации и распознавания образов понятийный аппарат нейропсихологии был обогащен новыми представлениями о мозге как о системе, воспринимающей, хранящей и перерабатывающей информацию. В его состав были введены новые, ставшие ныне классическими понятия: «оперативная память», «фильтра-

ция сообщений», «помехоустойчивость», «статистическое кодирование информации», «принятие решений». Был усовершенствован современный нейропсихологический методический арсенал.

Неизменно велик научный интерес к нейропсихологической тематике и среди современных западных ученых — врачей, физиологов, психологов и педагогов, что подтверждается наличием специальных отделений, факультетов и обществ в различных исследовательских и учебных заведениях Европы и Америки. Среди зарубежных исследований, переведенных на русский язык, заслуженной популярностью пользуются работы Дельгадо, Миллера, Галантера, Прибрама и др.

Начиная с 60-х гг. XX в., во время «хрущевской оттепели», началось возрождение научной психологии в нашей стране. В частности, стал издаваться журнал «Вопросы психологии», где ведущие психологи страны выступали с программными статьями. В 1956 г. Мясищев опубликовал в этом журнале работу «О значении психологии для медицины». В октябре 1962 г. прошло Совещание по методам исследования в патофизиологии высшей нервной деятельности человека и медицинской психологии, открывшее пути к преодолению физиологического редукционизма относительно психологии в медицине. Сложились более благополучные условия для развития медицинской психологии. При АМН СССР в 1962 г. была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил Мясищев. Тогда же стали появляться монографические работы крупных отечественных психологов. В 1965 г. в МГУ был открыт факультет психологии и кафедра пато- и нейропсихологии, а в 1966 г. и в ЛГУ был создан факультет психологии, а также открыта специализация по медицинской психологии. Были введены курсы медицинской психологии в медицинских вузах нашей страны, что закономерно стимулировало возрастание интереса к этой области знаний.

Вокруг дисциплины, возникшей на границах психологии и медицины, начались острые дискуссии. Они касались предмета, содержания, объема деятельности медицинского психолога, а также организации, подготовки кадров, взаимоотношения врача и психолога, в особенности психолога и врача-психотерапевта в диагностическом и лечебном процессах. Решение этих вопросов во многом определяло дальнейшее развитие медицинской психологии как одной из психологических и одновременно медицинских дисциплин. Прогнозировать дальнейшее развитие медицинской психологии представлялось затруднительным без учета становления пограничных с ней дисциплин, таких как психотерапия, психогигиена, медицинская деонтология, медицинская социология и др. Превращение их в самостоятельные области знаний могло изменить круг задач, содержание и объем деятельности медицинского психолога.

При всех различиях во взглядах на объект и предмет исследования медицинской психологии, объем и задачи, отражаемые литературой этого периода, ее анализ свидетельствует о сближении по крайней мере некоторых позиций. Прежде всего это касалось самой медицинской психологии, признания ее права на выделение в качестве самостоятельной науки на стыке между медициной и психологией. Это необходимо подчеркнуть, так как делались попытки подмены медицинской психологии патопсихологией. Они основывались на доводах преимущественно объективного или субъективного характера. К первым можно было бы отнести

указания на более высокий уровень развития отечественной патопсихологии, более четкое определение ее предмета, задач и методов исследования, ее самобытный характер — формирование под влиянием научных идей Бехтерева, Корсакова, Бернштейна, Выготского, а впоследствии Леонтьева, Мясищева, Зейгарник и др. Доводы второго рода отражали опасения относительно расширения предмета и задач патопсихологии, размывания ее границ за счет проблем пограничной психиатрии, в центре внимания которой всегда были психогенные и психосоматические расстройства, психотерапия. Если учесть, что некоторые из этих областей составляли важные разделы зарубежной клинической психологии, близкой по содержанию к медицинской психологии, а становление и развитие их длительное время осуществлялось на базе психоаналитической и психодинамической концепций, то упомянутые призывы к осторожности в условиях идеологизации науки в советский период казались еще более обоснованными в методологическом плане.

В то же время было очевидно, что дальнейшее развитие многих разделов современной медицины: учения о психогенных и психосоматических заболеваниях, психотерапии и реабилитации, психогигиены и психопрофилактики едва ли было возможно без психологической науки, участвующей в разработке их теоретических основ. Успешное же развитие указанных областей являлось непременным условием реализации принципов профилактического направления в медицине.

Отсюда неизбежная противоречивость в позициях, отражаемая рядом работ по патопсихологии. С одной стороны, это стремление сохранить патопсихологию в определенных, достаточно узких, рамках прикладной психологической науки и в то же время, с другой — тенденция к ее расширению с признанием возрастающей роли перечисленных разделов медицины и значения психологии в их становлении. Так, например, в методических рекомендациях «О работе патопсихолога в психиатрической больнице», составленных Зухарем, Рубинштейн и Поперечной, подчеркивалось, что патопсихология является одной из прикладных областей психологии, направленной на решение задач психиатрической клиники. В ряде других работ указывалось на значение патопсихологических исследований и деятельности патопсихолога также в терапевтической, хирургической и других соматических клиниках, в психотерапевтической практике, профессиональной гигиене и т. п.

По-видимому, правильнее было считать патопсихологию лишь одним из разделов медицинской психологии (Лебединский, Мясищев, и др.), при естественном стремлении последней распространять психологические знания на возможно большее число аспектов медицины и здравоохранения. И это рассматривалось не как ее недостаток, а как признание возрастающей роли психологии, прогрессивный и перспективный путь развития медицинской психологии.

Нельзя было поэтому согласиться и с попытками сужения медицинской психологии до психологии соматически больного и выделения наряду с ней как самостоятельных дисциплин врачебной и патологической психологии (Зюбан).

Вот как видел медицинскую психологию в это время (1972) ведущий советский психиатр Снежневский: «Медицинская психология представляет отрасль общей психологии, исследующую состояние и роль психической сферы в возникнове-

нии болезней человека, особенностях их проявлений, течения, исхода и восстановления. Медицинская психология в своем исследовании пользуется принятыми в психологии описательными и экспериментальными методами. Она, в свою очередь, содержит следующие отрасли: а) патопсихологию, изучающую психологическими методами расстройства психической деятельности; б) нейропсихологию, изучающую психологическими методами очаговые поражения головного мозга; в) деонтологию; г) психологические основы психогигиены — общей и специальной; д) психологические основы эрготерапии; е) психологические основы организации обслуживания больных в стационарах, амбулаториях, санаториях. Возможны и другие отрасли».

Конкретные цели медицинской психологии формулировались следующим образом (Лебединский, Мясищев, 1966; Кабанов, Карвасарский, 1978): изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение психических проявлений различных болезней в их динамике; изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей микросредой; разработка принципов и методов психологического исследования в клинике; создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

В соответствии с указанными целями в качестве предмета медицинской психологии рассматривались (Карвасарский) особенности психической деятельности больного в их значении для патогенетической и дифференциальной диагностики болезни, оптимизации ее лечения и предупреждения (сохранения и укрепления здоровья).

Подобное формулирование целей и предмета медицинской психологии соответствовало усиливающейся тенденции к использованию ее идей и методов для повышения качества и интенсификации диагностического и лечебного процесса в различных областях медицины со всеми неизбежными на данном этапе трудностями, обусловленными неодинаковой степенью развития того или иного ее раздела.

Наиболее разработанными в это время были такие разделы медицинской психологии, как патопсихология, возникшая на стыке психологии, психопатологии и психиатрии (Зейгарник, Поляков и др.), и нейропсихология, сформировавшаяся на границе психологии, неврологии и нейрохирургии (Лурия, Хомская и др.).

Патопсихология, согласно Зейгарник, изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

До настоящего времени дискуссионным остается вопрос о разграничении предмета патопсихологии и психопатологии как раздела психиатрии. Трудности такого разграничения неизбежны, так как обе науки имеют дело с одним и тем же объектом — нарушениями психической деятельности. Предложение Платонова понимать под психопатологией те патологические изменения психики, которые изучает патопсихология, вряд ли могло быть принято. Правильно отмечал Блейхер, что психопатология не сводится к патологическим изменениям психики. Это наука, не только описывающая клинические проявления нарушений психики,

но и изучающая их механизмы, в том числе и психологические. Неубедительно звучало замечание ряда авторов, что патопсихология исследует нарушения психической деятельности, сопоставляя их с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Трудно себе представить в любой области медицины, в том числе в психиатрии, изучение патологических расстройств без обращения к норме. Суммируя ряд высказываний наших ведущих психиатров и патопсихологов (Снежневский, Зейгарник, Поляков и др.), различие между психопатологией и патопсихологией можно видеть в том, что первая, будучи клинической дисциплиной, оперирует медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром) и общепсихопатологическими критериями (возникновение, исход, прогноз болезни), основываясь при этом главным образом на клиническом методе, в то время как патопсихология изучает закономерности нарушений психической деятельности, пользуясь в основном своими, психологическими, методами и понятиями.

Задача нейропсихологии, согласно взглядам Лурия, основателя этой отрасли психологии, — изучение мозговых механизмов психической деятельности человека с привлечением новых, психологических, методов для топической диагностики локальных поражений мозга. Несколько позже Лурия видел задачу нейропсихологии как одного из разделов медицинской психологии в квалификации симптома — выделении фактора, лежащего в основе нарушения, и описании особенностей той структуры измененной психической деятельности, которая возникает в результате очагового поражения мозга.

Решение традиционных для условий психиатрической, неврологической и нейрохирургической клиник задач (топической и дифференциальной диагностики, оценки структуры и степени нервно-психических расстройств, экспертных задач и др.) в связи с развитием концепции реабилитации в медицине в 1960–1970-х гг. было дополнено исследованиями личности и социальной среды больного в целях получения данных для построения наиболее эффективных психотерапевтических и реабилитационных программ. Изменялась относительная значимость отдельных задач, решаемых медицинской психологией. Это касалось, например, задач по топической диагностике в неврологической и нейрохирургической клиниках. Усовершенствование диагностической техники с помощью современных методов (рентгеновской компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и др.) несколько уменьшило ценность собственно психологических (нейропсихологических) методов.

На развитие медицинской психологии оказали влияние исследования по теории и практике реабилитации. Процесс реабилитации Кабанов понимал как системную деятельность, направленную на восстановление личного и социального статуса больного (полного или частичного), особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Он обусловил актуальность разработки (наряду с патопсихологией и нейропсихологией) третьего чрезвычайно важного раздела медицинской психологии — психологических основ психотерапии и реабилитации. Эффективное использование психотерапии в лечебных, а также в психогигиенических и психопрофилактических целях потребовало дальнейшей разработки

психологических и социально-психологических основ психогигиены и психопрофилактики (Рохлин).

На выделение в качестве самостоятельного раздела медицинской психологии претендовал и комплекс проблем, относящихся к исследованию природы, методов лечения и предупреждения так называемых психосоматических расстройств, значимость которых в структуре заболеваемости населения постоянно возрастала. Психосоматическим исследованиям с использованием психологических методов посвятили свои монографические работы Губачев, Зайцев, Гоштаутас, Соложенкин, Березин и др.

Перспективными оказались исследования психосоматических зависимостей путем использования методологии психофизиологического подхода, истоки которого содержатся в трудах Сеченова, Павлова, Введенского, Ухтомского. Значительным вкладом в разработку этой методологии явились труды Бехтерева и Мясищева. Представители этого направления задолго до возникновения концепции стресса фактически изучали его психофизиологические и психосоматические особенности, хотя и описывали полученные результаты в рамках иных понятий. Естественно поэтому, что с возникновением и развитием концепции эмоционального стресса и осознанием его значения для психосоматической проблемы интерес к этой методологии возрастал и она получала все большее распространение в нашей стране. Применение психофизиологического эксперимента в сочетании с психологическим методом позволило лучше изучить механизмы избирательных реакций отдельных соматических систем на социально-средовые воздействия. Результаты этих исследований представлены в монографии Карвасарского (1980).

Сегодня клиническая психология является самой популярной из прикладных отраслей психологической науки. Так, в Американской психологической ассоциации, наиболее многочисленной и влиятельной психологической организации в мире, семь из восьми подразделений занимаются теоретическими и прикладными проблемами психического здоровья. В нашей стране бум клинической психологии только начинается. Огромный дефицит специалистов этой области в здравоохранении постепенно начинает восполняться за счет увеличения курсов и кафедр в вузах, обучающих клинических психологов. Образуются ассоциации психологов, способствующие консолидации специалистов для решения организационных, методических и практических проблем. Интерес к этой области знания постоянно растет. В рейтинге, проведенном американским журналом «Деньги», психология занимает четвертое место в списке 50 наиболее перспективных профессий XX в.

Контрольные вопросы

1. Кому принадлежит термин «клиническая психология»?
   ❶ Кречмеру.
   ❷ Жанэ.
   ❸ Уитмеру.
   ❹ Фрейду.

2. Кто первым открыл экспериментально-психологическую лабораторию в России?
   ❶ Чиж.
   ❷ Бехтерев.
   ❸ Корсаков.
   ❹ Россолимо.

3. Кого можно считать родоначальником нейропсихологии?
   ❶ Прибрама.
   ❷ Лейбница.
   ❸ Коха.
   ❹ Галля.

4. Назовите основателя научной психологии:
   ❶ Вундт;
   ❷ Рибо;
   ❸ Крепелин;
   ❹ Лазурский.

5. Укажите психолога, внесшего наибольший вклад в развитие патопсихологии в России:
   ❶ Мясищев;
   ❷ Лебединский;
   ❸ Зейгарник;
   ❹ Рубинштейн.

6. Основателем нейропсихологической школы в России является:
   ❶ Трауготт;
   ❷ Корнилов;
   ❸ Павлов;
   ❹ Лурия.
7. Кто является основоположником бихевиоризма?
   ❶ Перлс.
   ❷ Адлер.
   ❸ Уотсон.
   ❹ Вертхаймер.
8. Назовите основателя глубинной психологии:
   ❶ Бинсвангер;
   ❷ Фрейд;
   ❸ Скиннер;
   ❹ Эллис.
9. Кто разработал психологию отношений?
   ❶ Леонтьев.
   ❷ Узнадзе.
   ❸ Мясищев.
   ❹ Бодалев.
10. Кому принадлежит разработка психологии деятельности?
   ❶ Басову.
   ❷ Нечаеву.
   ❸ Леонтьеву.
   ❹ Бернштейну.

Глава 11

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Общая характеристика клинической психологии. В связи с социально-политическими изменениями в России и устранением идеологических барьеров в последнее десятилетие возник вопрос о сближении отечественной и мировой психологии, что потребовало, в частности, пересмотра понятий «медицинская» и «клиническая» психология.

Клиническая психология как организация исследователей и практиков представлена Американской ассоциацией клинической психологии с 1917 г., а в немецкоязычных странах — с середины прошлого века. В международном руководстве по клинической психологии под общей редакцией Перре и Бауманна приводится следующее ее определение: «Клиническая психология — это частная психологическая дисциплина, предметом которой являются психические расстройства и психические аспекты соматических расстройств (болезней). Она включает следующие разделы: этиологию (анализ условий возникновения расстройств), классификацию, диагностику, эпидемиологию, интервенцию (профилактику, психотерапию, реабилитацию), охрану здоровья, оценку результатов». В англоязычных странах кроме понятия «клиническая психология» в качестве синонима используется термин «патологическая психология» (*abnormal psychology*).

Шрамль одним из первых в немецкоязычных странах предложил понимать клиническую психологию шире, чем просто психологию в клинике: «Клиническая психология — это применение знаний, техник и методов основных психологических специальностей, а также смежных с ними дисциплин, таких как глубинная психология, социология и социальная педагогика в широком клиническом поле: от консультационных бюро и специализированных воспитательных учреждений до больниц».

Наряду с клинической психологией в университетах ряда западных стран преподается и медицинская психология. Содержание ее может быть разным. Оно включает применение знаний и методов психологии для решения проблем медицины (прежде всего связанных с пациентом и взаимоотношениями врач—пациент). В более широком смысле к ней относят предупреждение болезней (профилакти-

ку) и охрану здоровья. В других случаях медицинская психология (поведенческая медицина) исследует психические аспекты соматических расстройств.

В нашей стране специальность «клиническая психология» (022700) утверждена Министерством образования Российской Федерации в 2000 г. (приказ № 686). В соответствии с государственным образовательным стандартом *клиническая психология — специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению.*

Деятельность клинического психолога направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и психологическую реабилитацию.

Объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Предметом профессиональной деятельности клинического психолога являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Клинический психолог в указанных выше областях выполняет следующие виды деятельности: диагностическую, экспертную, коррекционную, профилактическую, реабилитационную, консультативную, научно-исследовательскую и некоторые другие.

Взаимосвязь клинической психологии с другими науками. Любая наука развивается во взаимодействии с другими науками и под их влиянием. В этом переплетении различных наук и отраслей друг с другом в полной мере отражаются обусловленные научно-технической революцией взаимосвязанные тенденции: к выделению в самостоятельные области знаний, с одной стороны, и с другой — интегративные тенденции, приобретающие в настоящее время ведущую роль и заключающиеся в активном использовании новыми отраслями пограничных дисциплин. Эти взаимодействия могут быть «горизонтальными», примером чего является клиническая психология как одна из психологических дисциплин. Но большее значение, как считает Платонов, имеют «вертикальные» взаимодействия, например клинической психологии с философией. Философия шире методологии конкретной науки, которую она включает как философское учение о методах познания и преобразования действительности, применении принципов мировоззрения к процессу познания. Базисными науками для клинической психологии являются общая психология и психиатрия.

Психиатрия относится к медицине, но теснейшим образом соприкасается с клинической психологией. Предметом научных исследований как клинической психологии, так и психиатрии являются психические расстройства, а клиническая психология, кроме того, занимается такими нарушениями, которые по своей значимости не равноценны болезни (например, проблемы супружества и партнерства), а также психическими аспектами соматических расстройств.

Перре и Бауманн полагают, что в этом отношении клиническая психология и психиатрия близки, даже если учесть по-разному расставленные акценты в их подходе к предмету исследования. Психиатрия как частная область ме-

дицины больше учитывает соматическую плоскость психических расстройств; в клинической же психологии основными являются психологические аспекты. Всеобъемлющее понимание психических расстройств возможно только при наличии комплексных биопсихосоциальных моделей. Поэтому разрабатываемые подходы иногда не имеют выраженных различий и нередко реализуются при совместных исследованиях.

Клиническая психология оказывает влияние на развитие теории и практики психиатрии, неврологии, нейрохирургии, внутренних болезней и других медицинских дисциплин.

Патопсихологические расстройства часто проявляются в экстремальных условиях, которые изучаются и другими психологическими науками, например авиационной и космической психологией. В связи с этим был предложен термин — «экстремальная психология». По мнению Платонова, патопсихология изучает анормальную личность в нормальных условиях, а экстремальная психология изучает нормальную личность в анормальных условиях.

Патопсихология граничит и с нейропсихологией. Предметом последней является изучение динамической локализации психических функций, соотношение психологических функциональных структур с морфологическими мозговыми макро- и микроструктурами в норме, но понимаемыми через патологию.

В последнее десятилетие в качестве самостоятельного научного направления выделена поведенческая неврология (*behavioral neurology*). Киршнер определяет поведенческую неврологию как область неврологии, изучающую влияние заболеваний мозга на поведение человека и особенно на высшие корковые или когнитивные функции. Диагностика включает методы клинической психологии и нейропсихологии, что объединяет данные дисциплины.

Психофармакология также связана с клинической психологией, поскольку и та и другая изучают психопатологические расстройства и способы их лечения. Кроме того, лекарственное лечение всегда оказывает на пациента положительное или отрицательное психологическое действие (например, плацебо-эффект).

В систему общей клинической диагностики включена психологическая диагностика (прежде всего в психиатрии). Последняя близка к судебно-медицинской психологии и судебной психиатрии, но здесь следует иметь в виду также юридическую психологию.

Областью клинической психологии в определенной мере является психологическая трудовая экспертиза, которая подразделяется на профориентацию, профконсультацию, профотбор и трудоустройство инвалидов. Психологическая трудовая экспертиза в целом является разделом самостоятельной отрасли психологии — психологии труда. Медико-психологическая профориентация и профконсультация подростков связаны с педиатрией и школьной гигиеной, так же как в отношении пожилых людей — с гериатрией и психогигиеной. Психогигиену можно рассматривать и как самостоятельную дисциплину, пограничную с гигиеной, и как раздел клинической психологии.

Успешно развивается медицинская педагогика — смежная с медициной, психологией и педагогикой область. Ее предметом служат обучение, воспитание и лечение больных детей — дефектопедагогика с отраслями олигофрено-, сурдо- и тифлопедагогики.

В настоящее время в качестве самостоятельной медицинской специальности выделена психотерапия. Теоретические и практические проблемы психотерапии не могут разрабатываться без клинической психологии. С точки зрения западной клинической психологии психотерапия считается ее частной областью и, таким образом, постулируется идея об особой близости между психологией и психотерапией. В более узком смысле психотерапия представляет собой частный случай клинико-психологической интервенции (вмешательства). Последняя характеризуется прежде всего специфичностью своих методов: их исходный пункт находится в психической плоскости, т. е. в переживании и поведении, которые и являются предметом психологии как науки. Клинико-психологическое вмешательство характеризует не этиология расстройства или постановка цели, а его методы. Следовательно, оно может быть и при соматических нарушениях.

Положение об особой близости психотерапии и клинической психологии нередко оспаривают, считая, что с научной точки зрения психотерапия ближе к медицине. При этом приводят следующие аргументы: 1) лечение больных является задачей медицины, 2) психотерапия является лечением больных; отсюда следует, что психотерапия — это задача медицины. Данное положение опирается на тот факт, что во многих странах психотерапия воспринимается именно как терапия и право заниматься ею получают врачи. Благодаря соответствующим законам клинические психологи с дополнительной специализацией имеют право заниматься психотерапией, однако главенство врача в психотерапии практически не оспаривается в большинстве стран до сих пор. С близостью психотерапии к психологии не согласны также некоторые психологи и психотерапевты, ориентированные на глубинную, или гуманистическую, психологию. Они считают психотерапию отдельной гуманистической, а не медицинской дисциплиной, которая опирается на психологию, медицину, философию, теологию. Отсюда логично вытекает и требование о специальной профессиональной подготовке по психотерапии (например, обучение в университете или вузе соответствующего профиля) либо специализации по психотерапии на базе любого гуманитарного образования (таков закон о психотерапии в Австрии).

Активно развивающейся отраслью современной психологии является социальная психология, в центре исследований которой находится человек в его взаимоотношениях с социальным окружением, поэтому ее влияние на клиническую психологию несомненно.

Зарубежная клиническая психология связана и с другими дисциплинами, смысл и содержание которых новы для отечественной психологии и медицины, поэтому следует кратко остановиться на понимании некоторых из них: поведенческой медицины, психологии здоровья, общественного здоровья.

Поведенческая медицина (*Behavioral medicine*) — междисциплинарная научно-исследовательская и прикладная область. В своем подходе к проблемам здоровья и болезни ориентируется на биопсихосоциальную модель. Осуществляемый в ее рамках синтез достижений науки о поведении и биомедицинских наук призван помочь успешному решению проблемы здоровья и использованию этих достижений в профилактике, интервенции и реабилитации.

Психология здоровья (*Health psychology*) — научный, психологический и педагогический вклад: 1) в профилактику и охрану здоровья; 2) в предотвращение

и лечение болезней; 3) в выявление форм поведения, повышающих риск заболевания; 4) в постановку диагноза и выявление причин нарушения здоровья; 5) в реабилитацию; 6) в совершенствование системы здравоохранения.

Программы последипломного обучения клинической психологии показывают, что в США поведенческую медицину и психологию здоровья относят к сфере клинической психологии. В последнее время в психологии здоровья делают акцент на профилактике, ориентированной на модели здоровья, что позволит этой области в скором времени стать отдельной специальностью.

Общественное здоровье (*Public health*), или популяционная медицина (эквивалентный термин), — междисциплинарная область исследовательской и практической деятельности, занимающаяся повышением общего уровня здоровья населения (предупреждением болезней, продлением жизни, улучшением самочувствия) посредством общественных мероприятий или влиянием на систему здравоохранения в целом.

Следует подчеркнуть значение клинической психологии для развития самой психологии — как науки, изучающей факторы, закономерности и механизмы психики. Зейгарник выделяет несколько аспектов подобного влияния на развитие общетеоретических вопросов психологии: решение проблемы соотношения социального и биологического в развитии психики; анализ компонентов, входящих в состав психических процессов; освещение вопроса о соотношении развития и распада психики; установление роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

Рассматривая здоровую и больную личность в биопсихосоциальном единстве, можно увидеть взаимосвязи клинической психологии с другими научными дисциплинами и предметами, но здесь можно было бы ограничиться лишь перечислением некоторых из них. К ним относятся: социология, антропология, этнография, культурология, история, филология и лингвистика (нейролингвистика, психолингвистика), математика и статистика и др.

Методологические принципы клинической психологии. Методология — это система принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, объединенная учением об этой системе. Она имеет разные уровни: философский, общенаучный, конкретно-научный, которые находятся во взаимосвязи и должны рассматриваться системно. Методология тесно связана с мировоззрением, поскольку ее система предполагает мировоззренческую интерпретацию основ исследования и его результатов. Методология собственно клинической психологии определяется конкретно-научным уровнем и связана с мировоззренческой позицией исследователя (например, ориентированной на динамическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое или диалектико-материалистическое понимание личности, поведения, психопатологии).

Методология включает конкретно-научные приемы исследования: наблюдение, эксперимент, моделирование и др. Они, в свою очередь, реализуются в специальных процедурах — методиках получения научных данных. Являясь психологической дисциплиной, клиническая психология опирается на методологию и методы общей психологии. Методы, т. е. пути познания, — это способы, посредством которых познается предмет науки. Психология, как каждая наука, применя-

ет систему частных методов или методик. Основные методы психологии, как считал Рубинштейн, — это не внешние по отношению к ее содержанию операции, не извне привносимые формальные приемы. Раскрывая закономерности, они сами опираются на основные закономерности предмета науки. Так, метод поведенческой психологии отличен от метода психологии сознания, поэтому последнюю называют интроспективной психологией.

Научная работа исследователя (независимо от степени этого осознания) в своих методах всегда реализует ту или иную методологию. Для последовательной и плодотворной реализации методологии в любой области психологии весьма существенно, чтобы она была осознанна. Основное требование научной методологии, сформулированное еще Гегелем, заключается в том, что исследование должно отражать свой предмет в его внутренней логике. Он требовал, чтобы метод был неотделим от предмета и его содержания.

Методология в психологии реализуется посредством следующих положений (принципов).

1. Психика, сознание изучаются в единстве внутренних и внешних проявлений. Взаимосвязь психики и поведения, сознания и деятельности в ее конкретных, изменяющихся формах является не только объектом, но и средством психологического исследования.
2. Решение психофизической проблемы утверждает единство, но не тождество психического и физического, поэтому психологическое исследование предполагает и часто включает физиологический анализ психологических (психофизиологических) процессов.
3. Методика психологического исследования должна опираться на социально-исторический анализ деятельности человека.
4. Целью психологического исследования должно быть раскрытие специфических психологических закономерностей (принцип индивидуализации исследования).
5. Психологические закономерности раскрываются в процессе развития (генетический принцип).
6. Принцип педагогизации психологического изучения ребенка. Он означает не отказ от экспериментального исследования в пользу педагогической практики, а включение принципов педагогической работы в самый эксперимент.
7. Использование в методике психологического исследования продуктов деятельности, поскольку в них материализуется сознательная деятельность человека (принцип изучения конкретной личности в конкретной ситуации).

Согласно Платонову, для медицинской (клинической) психологии наибольшее значение имеют сходные с представленными выше принципы: детерминизма, единства сознания и деятельности, рефлекторный, историзма, развития, структурности, личностного подхода. Пояснения, вероятно, требуют лишь некоторые из них, в частности последние три принципа.

Принцип развития. В клинической психологии этот принцип может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств в их

прямом (развитие болезни) и обратном (ремиссия, выздоровление) развитии. Специфическим является особая категория — патологическое развитие личности.

Принцип структурности. В философии под структурой понимают единство элементов, их связей и целостности. В общей психологии изучают структуры сознания, деятельности, личности и др. Павлов привел такое определение метода структурного анализа: «Метод изучения системы человека тот же, как и всякой другой системы: разложение на части, изучение значения каждой части, изучение частей, изучение соотношения с окружающей средой и понимание на основании всего этого ее общей работы и управления ею, если это в средствах человека». Задачей клинической психологии является приведение в единую систему частных структур различных психопатологических явлений и согласование ее с общей структурой здоровой и больной личности.

Принцип личностного подхода. В клинической психологии личностный подход означает отношение к пациенту или исследуемому человеку как к целостной личности с учетом всей ее сложности и всех индивидуальных особенностей. Следует различать личностный и индивидуальный подходы. Последний — это учет конкретных особенностей, присущих данному человеку в данных условиях. Он может реализоваться как личностный подход или как изучение отдельно взятых индивидуально-психологических или соматических качеств.

Творогова, рассматривая вопросы конкретно-научной методологии в психологии, дополнительно акцентирует внимание на принципах активности (поведение человека в заданной ситуации определяется не только ее условиями, но и в значительной мере отношением человека к ситуации) и системности (развитие всего многообразия психических свойств человека не может основываться на одном источнике, например биологическом или социальном; системный подход предполагает многообразие источников и движущих сил как психического развития, так и психических расстройств в их взаимосвязи).

Подчеркивая значение методологических проблем в клинической психологии, Мясищев писал: «Чем более важны и ответственны проблемы здоровья и болезней человека, тем более необходимо серьезное обоснование методологической стороны и основы медицинской психологии, сложность и трудность которой возрастает вследствие сочетания в проблеме медицины и психологии».

Основные задачи и общие принципы психологического исследования в клинике. Общей задачей клинического психолога в лечебно-профилактических учреждениях является его участие в проведении патогенетической и дифференциальной диагностики различных болезней, лечении и социально-трудовом приспособлении больных. Конкретные задачи могут быть определены следующим образом: участие в решении задач дифференциальной диагностики; анализ структуры и установление степени психических нарушений; диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения; характеристика личности и системы ее отношений; оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии; решение экспертных задач; участие в психокоррекционной, психотерапевтической и реабилитационной работе с больными.

В зависимости от конкретных условий деятельности клинического психолога помимо перечисленных выше перед ним могут возникнуть и другие задачи. Так, он может участвовать в психокоррекционной и психотерапевтической работе с ближайшим окружением больного (например, в проведении семейного консультирования и семейной психотерапии), в решении широкого круга психогигиенических и психопрофилактических задач, в пропаганде психологических знаний среди медицинских работников.

Необходимо также подчеркнуть условный характер разделения задач, решаемых клиническим психологом. Очевидно, что решение вопросов дифференциальной диагностики, экспертных задач требует как анализа структуры и установления степени нервно-психических расстройств, так и характеристики личности и системы ее значимых отношений и т. д.

Современная клиническая психология располагает большим арсеналом методов исследования. Большей частью эти методы заимствованы из общей психологии, часть из них создана в клинической психологии как собственно клинико-психологические приемы. Условно все методы психологии могут быть разделены на нестандартизированные и стандартизированные. Нестандартизированные методы, представленные прежде всего набором так называемых патопсихологических методик (Зейгарник, Рубинштейн, Поляков), отличаются «прицельностью», направленностью на определенные виды психической патологии, и выбор их осуществляется индивидуально для конкретного испытуемого. Создаются эти методики для изучения конкретных видов нарушения психической деятельности. В условиях психологического эксперимента они избирательно используются для выявления особенностей психических процессов в соответствии с поставленной задачей, в частности дифференциальной диагностики.

Психологическое заключение основывается при этом не столько на учете конечного результата (эффекта) деятельности больного, сколько на качественном, содержательном анализе способов деятельности, характерных особенностей самого процесса выполнения работы в целом, а не отдельных заданий. Важными являются учет отношения больного к исследованию, зависимость формы предъявления задания от состояния испытуемого и уровня его развития. Лишь при таком построении эксперимента может быть в полной мере реализовано требование к психологическому исследованию — выявление и сопоставление структуры как измененных, так и оставшихся сохранными форм психической деятельности. Очевидно, что проведение психологического эксперимента, построенного на отмеченных выше принципах, требует особенно высокой квалификации клинического психолога.

В практической деятельности клинического психолога используются также и стандартизированные методики. В этом случае группы соответствующим образом подобранных и структурированных заданий предъявляются в одинаковой форме каждому испытуемому с целью сопоставления способа и уровня выполнения их испытуемым и другими лицами. Стандартизированные методы можно определить как широко понимаемые тесты, причисляя к ним тесты для исследования психических процессов, психических состояний и личности.

В случае применения стандартизированных методов способ анализа результатов каждой отдельной методики основывается преимущественно на количественной оценке, которая сопоставляется с оценками, полученными ранее у соответствующей выборки больных и у здоровых испытуемых. Стандартизированные методы кроме унификации самих заданий должны быть нормализованы, т. е. иметь шкалу оценок (норм), созданную на основе эмпирического предварительного исследования; должны обладать вычисленной степенью устойчивости результатов (надежности) и достаточно точно оценивать состояние определенных характеристик психической деятельности.

Стандартизированные методики уступают по своей диагностической ценности нестандартизированным, применение их в клинике обычно имеет вспомогательное значение, чаще в качестве дополнения к нестандартизированным методам. Адекватно их использование при массовых обследованиях, при необходимости групповой оценки испытуемых, для ориентировочной экспресс-диагностики в условиях дефицита времени. При оценке результатов исследований, проводимых с помощью одних лишь тестовых методов, необходима известная осторожность, особенно уместная из-за нередко сопутствующей таким исследованиям (по Стоквису) «иллюзии псевдоточности».

Один из крупнейших отечественных клинических психологов Мясищев отмечал, что в сложной задаче психологического исследования на современном уровне каждый из психологических методов имеет преимущества и слабые стороны. Лабораторный метод уступает клиническому в близости к жизни, но может превосходить его с аналитически-методической точки зрения. Задача психолога-исследователя и психолога-практика — в умелом комбинировании этих методов сообразно целям исследования.

Порядок проведения клинико-психологического исследования и его основные этапы отражены в других главах учебника, в психологическом практикуме.

Этика в клинической психологии. Профессиональная деятельность клинического психолога интегрирована во все основные сферы медицинской науки и практики. Истоки клинической психологии и ее развитие как специальности неразрывно связаны с медициной, особенно с психиатрией и психотерапией. Поэтому, обращаясь к этическим аспектам этой сравнительно молодой специальности, нельзя не остановиться на современных моделях медицинской этики.

Более 25 веков в европейской культуре формировались, изменялись различные моральные принципы и правила, сопровождавшие многовековое существование медицины. Различные нравственные регуляторы, функционировавшие на разных этапах развития общества, — религиозные, культурные, этнические, социально-экономические — влияли на формирование этических моделей и в медицине. Учитывая все многообразие врачебного нравственного опыта, можно выделить 4 сосуществующие модели:

1. Модель Гиппократа (принцип «не навреди»).
2. Модель Парацельса (принцип «делай добро»).
3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).
4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

Исторические особенности и логические основания каждой из моделей определяли становление тех моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Модель Гиппократа. Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократа (460–377 гг. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др. В древних культурах — вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой — способность врачевать свидетельствовала о «божественной» избранности и определяла элитное, как правило жреческое, положение в обществе. Считается, что Гиппократ был сыном одного из жрецов бога Асклепия — Гераклида, который дал ему первоначальное медицинское образование. Становление светской медицины в Древней Греции связано с принципами демократии городов-государств, и освященные права врачующих жрецов неизбежно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед страждущими. Помимо этого, этика Гиппократа, что хорошо иллюстрируется «Клятвой», была вызвана необходимостью отмежеваться от врачей-одиночек, разных шарлатанов, которых и в те времена было немало, и обеспечить доверие общества к врачам определенной школы или корпорации асклепиадов.

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать «моделью Гиппократа». Речь шла об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости»), оказания помощи, проявления уважения, об отрицательном отношении к эвтаназии («Я не дам никакому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»), абортам («Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), об отказе от интимных связей с пациентами («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами», «У врача с больными немало отношений: ведь они отдают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным»), о врачебной тайне («Что бы при лечении — а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»).

Основополагающим среди перечисленных принципов для модели Гиппократа является принцип «не навреди», который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия. Этот принцип формирует исходную профессиональную гарантию, которая может рассматриваться как условие и основание его признания обществом в целом и каждым человеком отдельно, который доверяет врачу свои

здоровье и жизнь. Большое внимание Гиппократ уделял облику врача, не только моральной, но и внешней (одежда, опрятность) респектабельности, что было связано с необходимостью формирования доверия обращающихся к врачебной касте в период перехода от жреческой медицины к светской. Жрецы за всю историю развития религии приобрели статус приближенных к богам, считалось, что от них получали они мудрость и наставления, знания и навыки. Врачи же, преодолевшие храмовость, должны были приобретать и обладать такими качествами, которые способствовали бы формированию облика всего врачебного профессионального сообщества того времени. Гиппократ определял эти качества, отталкиваясь от обобщенных ценностей Древней Греции. В книге «О благоприличном поведении» наиболее полно отражено представление об идеале врача, сложившемся в недрах медицинских школ в эпоху греческого «просвещения»: «Каковы они по внешнему виду, таковы и в действительности: врач-философ равен богу».

Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом, при этом акцент ставился на поведении врача у постели больного. При контакте с больным предлагалась такая форма общения, которая способствовала бы ориентации пациента на выздоровление: «Очевидным и великим доказательством существования искусства будет, если кто, устанавливая правильное лечение, не перестанет ободрять больных, чтобы они не слишком волновались духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления».

Немаловажным и сложным в этическом отношении был вопрос о вознаграждении врача за оказанную помощь и лечение. В условиях жреческой медицины дары и подношения вручались не самому жрецу, а храму, в котором он служил. При переходе к светской медицине, когда гонораром обеспечивается непосредственно врач, необходимы были соответствующие правила, не нарушающие общую архитектонику врачебной этики: «Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности».

Модель Парацельса. Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493–1541 гг.). Эта форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели завоевывается социальное доверие личности пациента, то «модель Парацельса» — это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. «В Парацельсе мы видим родоначальника не только в области создания химических лекарств, но также и в области эмпирического психического лечения» (Юнг). В границах «модели Парацельса» в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Медицинская культура использует латинское понятие *pater* — «отец», распространяемое христианством не только на священника, но и на Бога. Смысл слова «отец» в патернализме фиксирует, что «образцом» связей между врачом и пациентом являются не только кровнородственные отношения, для которых характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Неудивительно, что

основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра. Парацельс писал: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь». Под влиянием христианской антропологии Парацельс рассматривал физическое тело человека «лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома». Считается, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии, которую активно применял выдающийся врач XVI в. Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше». Важность доверительных отношений между врачом и пациентом неоднократно подчеркивалась выдающимися врачами прошлого, еще в VIII в. Абу-ль-Фарадж писал: «Нас трое — ты, болезнь и я; если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один — вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна — мы ее одолеем».

В конце XIX — начале XX в. Фрейд десакрализировал патернализм, констатировав либидинозный характер взаимоотношения врача и пациента. Его понятия переноса и контрпереноса являются средством теоретического осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. Фрейд полагал, что всякий психотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтическую компоненту, «должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении». Фрейд писал не только о «безупречности» как теоретически выверенной стратегии терапевтического поведения, основывающегося на особенностях природы лечебной деятельности, но и «безупречности» как почти механической точности соответствия поведения врача тем или иным нормативам этических требований.

Деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» (*deontos* — должное, *logos* — учение) ввел английский философ Бентам (1748–1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве и безупречности. Деонтология особенно важна в той профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. В медицине это соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Это деонтологический уровень медицинской этики, или «деонтологичекая модель», опирающаяся на принцип «соблюдения долга».Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает символическое высказывание голландского врача XVII в. ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам».

Термин «деонтология» ввел в советскую медицинскую науку в 40-х гг. XX в. Петров для обозначения реально существующей области медицинской практики — врачебной этики, — которая была «отменена» в России после революции 1917 г. за ее связь с религиозной культурой. Деонтологическая модель врачеб-

ной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. Так, примером этой модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации (JAMA, 1992, № 2):

- интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;
- интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
- вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;
- врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами.

Как видно, характер рекомендаций достаточно жесткий, и очевидно, что их нарушение может повлечь за собой дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет данная Ассоциация.

«Соблюдать долг» — это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества, собственных воли и разума. Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию «долга», то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

Наборы «точно сформулированных правил поведения» разработаны практически для каждой медицинской специальности и представляют собой перечень и характеристику этих правил по всем медицинским областям. К середине XX в. медицинская деонтология становится интернациональной — появляются международные документы, регламентирующие поведение врача: Женевская декларация (1948), Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949), Хельсинская декларация (1964), Токийская декларация (1975) и др.

Биоэтика. В 60–70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Термин «биоэтика» (этика жизни), который был предложен Ван Ренселлером Поттером в 1969 г., который раскрывается как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов». Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства

личности». Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики — вопроса об отношении врача и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в новых типах взаимоотношения врача и больного — информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по-своему формой защиты прав и достоинства человека. В современной медицине обсуждают не только помощь больному, но и возможности управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и метафизическими (нравственными) последствиями этого для человеческой популяции в целом. Медицина, работающая сегодня на молекулярном уровне, становится более «прогностической». Доссе (французский иммунолог и генетик) считает, что прогностическая медицина «поможет сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней». Только одно «но» стоит на пути этой светлой перспективы: «лицо или группа лиц, движимых жаждой власти и нередко зараженных тоталитарной идеологией». Прогностическую медицину еще можно определить как бессубъектную, безличностную, т. е. способную к диагностированию без субъективных показателей, жалоб и пациента. И это действительно реальный и безпрецедентный рычаг контроля и власти как над отдельным человеческим организмом, так и над человеческой популяцией в целом.

Биоэтика — это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня «этическое» становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Биоэтика (этика жизни) как конкретная форма «этического» возникает из потребности природы защитить себя от мощи культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение «природно-биологического».

Начиная с 60–70-х гг. XX в. как альтернатива патернализму все большее распространение приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения; пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. Таким образом, вместо патерналистской модели защиты и сохранения жизни пациента в настоящее время на первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия — самоопределение пациента зависит от степени его информированности. Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой в силу своей некомпетентности пациент может не подозревать. При этом решения пациента носят добровольный характер и соответствуют его собственным ценностям. Из этого и вытекает нравственный стержень взаимоотношений «врач—пациент» в биоэтике — принцип уважения лично-

сти. Большое значение приобретает также вопрос об определении начала и конца жизни. Конфликт «прав», «принципов», «ценностей», а по сути человеческих жизней и судеб культуры — реальность современного общества. Конфликт «права плода на жизнь» и «права женщины на аборт» или правовое сознание пациента, восходящее до осознания «права на достойную смерть», вступающее в противоречие с правом врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и заповедь — «не убий». В отношении аборта как уничтожения того, что может стать личностью, существует три нравственные позиции: консервативная — аборты всегда аморальны и могут быть разрешены лишь при угрозе жизни женщины; либеральная — умеренная — абсолютное право женщины на аборт, безотносительно к возрасту плода и умеренная — оправдание аборта до наступления определенного развития эмбриона (до стадии развивающегося плода — 12 нед, когда ткань мозга становится электрически активной).

Активность мозга служит также и критерием смерти. Современная интенсивная терапия способна поддерживать жизнь пациентов, не способных ни к самостоятельному дыханию, ни к мыслительным процессам. Поэтому возникают новые нравственные проблемы, связанные с пациентами, находящимися на грани жизни и смерти. Вопрос об эвтаназии обычно возникает, когда пациент необратимо утратил сознание; умирая, испытывает интенсивные непереносимые страдания, вынуждающие медиков поддерживать пациента в полубессознательном состоянии, или когда новорожденный имеет анатомические и физиологические дефекты, несовместимые с жизнью. Существует большой диапазон мнений: от полной легализации права врача прерывать жизнь больного с его согласия («активная эвтаназия») до полного неприятия эвтаназии как акта, противоречащего человеческой морали. Существует вариант так называемой пассивной эвтаназии, когда используется принцип нелечения, исключающий сам акт умерщвления (отключение искусственных систем, обеспечивающих жизнедеятельность, прекращение введения лекарственных препаратов и т. д.).

Этические проблемы аборта и эвтаназии связаны с моральными аспектами репродукции и трансплантации. Современная технология репродукции жизни определяет качественно новые формы взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, биологическими и социальными родителями. Трансплантология открывает новые проблемы определения грани жизни и смерти из-за моральной альтернативы спасения жизни реципиенту и ответственностью за возможное убийство обреченного на смерть донора.

В 90-х гг. XX в. биоэтика стала понятием, включающим всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и на жизнь. Биоэтика играет важную роль в формировании у общества уважения к правам человека.

Юдин полагает, что «биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества». Конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты), объединяющие медиков, юристов, специалистов по биоэтике, священников и др.,

обеспечивающие разработку рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу. Современной формой медицинской этики является биомедицинская этика, работающая ныне в режиме всех четырех исторических моделей — модели Гиппократа и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики. Связь научно-практической деятельности и нравственности — одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

Современная клиническая психология во всех своих разделах опирается на общемедицинские этические принципы. Вместе с тем клинический психолог в своей деятельности сталкивается со специфическими этическими вопросами.

Во-первых, это вопрос о необходимости информирования испытуемого о целях и содержании психологического обследования перед его проведением. Клинический психолог обязан соблюдать конфиденциальность при обсуждении результатов исследования, получить согласие пациента при целесообразности ознакомления с его результатами других специалистов помимо лечащего врача, проявлять корректность при проведении исследования либо в случае отказа от последнего.

Во-вторых, должно соблюдаться правило «границ» (граница как предел приемлемого поведения). Учитывая специфику межличностного взаимодействия между клиническим психологом и пациентом, необходимо четко определять профессиональные границы общения при психологическом консультировании и во время психотерапевтических встреч, так как «пересечение» границы может привести к деструкции лечебного процесса и нанести вред пациенту. Диапазон нарушения границ профессионального взаимодействия весьма широк: от сексуального контакта с больным до советов, рекомендаций и вопросов, выходящих за рамки терапевтического контакта. Например, во время приема у пациента ухудшилось состояние, ему была оказана необходимая медицинская помощь. Переживая по поводу случившегося, психолог звонит вечером ему домой, чтобы узнать о здоровье. Больной счел это нарушением «границ» и посягательством на его автономию (автономия определяется как «личная свобода» или как «принцип свободного волеизъявления»). Однако при определенных обстоятельствах «нарушение границ» может носить конструктивный характер, поэтому здесь важен учет контекста взаимодействия. Так, больная, войдя в кабинет клинического психолога и сообщив о гибели своего сына, наклоняется к нему и он отвечает на этот ее порыв, выражая тем самым сочувствие горю пациентки. Неспособность в таких ситуациях проявить эмпатическое сопереживающее отношение скорее оттолкнет пациента и прервет межличностное взаимодействие. «Нарушение границ» возникает и тогда, когда пациента пытаются использовать в личных целях несексуального характера.

В-третьих, сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к клиническому психологу, являющейся одной из характеристик профессионального межличностного взаимодействия. Эта форма привязанности часто является основой сдерживания аффективных нарушений, сопровождающих заболевание. Однако привязанность, превращаясь в за-

висимость, вызывает негативные реакции у пациента, ведущие к деструктивным формам поведения. Поэтому клинический психолог должен тщательно контролировать взаимодействие с пациентом, осознавая свои профессиональные действия, чтобы эмоциональная поддержка не препятствовала обеспечению пациента средствами для самостоятельной борьбы с трудностями и реализации своих жизненных целей.

Необходимо подчеркнуть, что интерес к биоэтике в последние десятилетия настоятельно потребует дальнейшего развития этических основ современной клинической психологии.

Контрольные вопросы

1. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих отраслей медицины, кроме:

❶ психиатрии;

❷ травматологии;

❸ неврологии;

❹ нейрохирургии.

2. Теоретические и практические проблемы какой специальности не могут разрабатываться без клинической психологии:

❶ фитотерапии;

❷ физиотерапии;

❸ психотерапии;

❹ лучевой терапии?

3. Кем был предложен термин «биоэтика»?

❶ Доссе;

❷ Хайдеггером;

❸ Поттером;

❹ Юдиным.

4. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:

❶ анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;

❷ изучения соотношения развития и распада психики;

❸ разработки философско-психологических проблем;

❹ установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

5. Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

❶ Модель Гиппократа.

❷ Биоэтика.

❸ Деонтологическая модель.

❹ Модель Парацельса.

6. Какой принцип в клинической психологии может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств?

❶ Принцип единства сознания и деятельности.

❷ Принцип развития.

❸ Принцип личностного подхода.

❹ Принцип структурности.

7. Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

❶ Декарт.

❷ Спиноза.

❸ Бентам.

❹ Бубер.

Глава 12
НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Основные понятия

Значение проблемы полноценного развития человека в контексте локализации психических функций определяется тем, что учение о системной организации деятельности мозга является основой решения важнейших вопросов педагогики, медицины и психологии. Сложность и многогранность этой проблемы требует, чтобы ее разработка проводилась во многих направлениях, синтезируя достижения всех смежных наук, учитывающих как конкретно-методическую, так и общетеоретическую специфику исследования психических явлений. Поэтому предметная сфера исследования связи материального органического субстрата и идеального психического содержит понятия, традиционно используемые в анатомии центральной нервной системы и физиологии высшей нервной деятельности, теории информации и теории систем, общей и экспериментальной психологии, психофизиологии и патологии анализаторных аппаратов, общей патопсихологии, специальной педагогике, философии и ряде других областей. С общетеоретической точки зрения отношение между мозгом как материальным источником психики и идеальными по содержанию психическими процессами может быть объяснено с помощью четырех категорий.

Категория функции. Психика является функцией, деятельностью мозга, направленной на поддержание непрерывного приспособительного процесса организма к внешней природной и физической среде, а человека как личности — к жизни в среде социальной, причем регуляторный и созидательный компоненты этой деятельности являются лишь фрагментами более общего процесса жизнеобеспечения. Морфофизиологическое единство мозга — это форма пространственно-временно́й организации системы, которая сама, имея генеральной функциональной целью адаптацию, является органическим элементом более общей системы — всего организма.

Категория отражения. Любой психический акт есть результат отражения в мозге состояния внешней или внутренней среды организма. Между объектами и явлениями внешнего или внутреннего «физиологического» мира, объективно обладающими определенными количественными и качественными характеристиками и их представлением в психике от конкретного образа до абстрактной идеи,

проходит многоступенчатый процесс воспроизведения в материальных носителях (от периферического рецепторного аппарата до эволюционно и онтогенетически поздних слоев коры больших полушарий) особенностей взаимодействующих с организмом объектов в виде многократного перекодирования их информационных эквивалентов.

Категория информации. Все психические процессы информативны по своей природе, причем получение информации (афферентация) и ее обработка мозгом (от элементарного сенсорного эффекта до понятийного мышления с его прагматическим и аксиологическим аспектами) приводит к повышению упорядоченности психической деятельности, а двигательная и поведенческая активность, реализуемая через информационные эфферентные потоки, активно реорганизует среду или приспосабливает к ней организм. Психические процессы выполняют функцию управления, уменьшая энтропийность, а усвоение информации и ее канализация вовне через поведение сопровождаются многоступенчатыми преобразованиями. Эти процессы затрагивают как оперативную информацию, так и хранящуюся в долговременной памяти. Собственно человеческим и высшим аспектом информационных отношений является знаковое опосредование всей внешней среды, предполагающее наличие значения и ценности для индивида той или иной стимуляции, а также включение ее в смысловую канву опредмеченного поведения.

Категория информации в нейропсихологии имеет и еще один аспект. Она представляет собой определенную организацию состояний ее носителя — мозга, которая обеспечивает возможность регулировать функции органов системы (организма), в которой происходят информационные процессы.

Категория активности. Любой психический процесс своеобразно активен, что приводит к его явному или опосредованному воплощению в реальном действии либо в поведенческом акте. Феноменологически — это то, что «оживляет» организм и может быть внешне или интроспективно наблюдаемо. Сама по себе эта психическая активность не существует без мозговой физиологической основы, берущей начало от общих обменных процессов. Их энергетический компонент, в свою очередь, идет из внешней среды, преобразуется и распределяется в собственно исполнительской части на потоки, обслуживающие соматические и психические функции организма.

Очевидно, что ни одна из вышеуказанных категорий отдельно, равно как и их механическая интеграция, не может связать психику с ее материальным носителем. Они являются различными сторонами диалектически многогранного, эволюционно меняющегося, но целостного процесса высших форм жизни в пространственно-временно́м континууме.

Нейропсихология — отрасль психологии, изучающая мозговую основу психических процессов и их связь с отдельными системами головного мозга. В нейропсихологии выделяют несколько относительно самостоятельных направлений, объединенных общими теоретическими представлениями, но отличающихся специфичностью методов и тактическими задачами.

Клиническая нейропсихология — является основным направлением, задача которого заключается в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга. Объектом исследования в ней явля-

ется мозг больного или травмированного человека, а предметом исследования — причинно-следственные отношения между повреждением (опухолью, кровоизлиянием, травмой — их локализацией, объемом) и происшедшими изменениями со стороны психических процессов различных уровней. Для качественной оценки тех или иных психических потерь Лурия разработал комплекс методов клинического нейропсихологического обследования. Последние годы ознаменовались новым шагом в развитии теоретических и экспериментальных исследований по разработке и модификации методов топической диагностики очаговых поражений мозга (Вассерман).

Экспериментальная нейропсихология ставит своей задачей экспериментальное, в том числе аппаратурное, изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга, а также исследует распределение психических функций в их эволюционном контексте (на мозге животных). Нередко требуется прибегать к травматичным способам анализа связи между мозговой тканью и психическими функциями, а также проводить допустимые аналогии между изменениями, возникающими у экспериментального животного после выключения (разрушения) отдельных мозговых структур, и предположительными изменениями у человека с подобной формой патологии. Кроме того, в экспериментальной нейропсихологии и нейрофизиологии используют метод непосредственного раздражения электротоком и бескровные методы — охлаждение, смазывание участков коры и мозга алюминиевой пастой и другими химическими препаратами, временно отключающими функционирование определенных зон.

Реабилитационная нейропсихология. Реабилитация вообще — комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, повреждения или функционального расстройства.

Реабилитационное направление в нейропсихологии занимается восстановлением утраченных высших психических функций, обучением и перестройкой нарушенных функциональных систем для выработки новых психологических средств, предполагающих нормальное функционирование человека в бытовой, профессиональной и общесоциальной сферах. Это направление включает обширный комплекс методов и приемов, с помощью которых, опираясь на принципы динамической организации высших психических функций, проводят целенаправленные воздействия на ослабленные или утраченные в результате болезни или травмы функциональные системы, через которые реализуются жизненно важные перцептивные, когнитивно-интеллектуальные, эмоциональные-мотивационые, двигательные и поведенческие механизмы.

Отвечая на требования практики о необходимости рассмотрения функции в наличном состоянии, в процессах ее развития и распада, реабилитационная нейропсихология накопила большой опыт восстановительной работы при последствиях черепно-мозговых травм, при различных расстройствах речи, в сфере дефектологии, занимающейся проблемами воспитания и обучения, а также коррекцией недостатков умственно отсталых детей и их социальным приспособлением. Существенную роль реабилитационные мероприятия играют и при врожденных или приобретенных дефектах зрения и слуха.

Спектр приемов, которыми пользуется реабилитационная нейропсихология, включает разнообразные системы воспитания, обучения и активации ослабленных психических или двигательных функций, тренировки на формирование или укрепление сенсорно-перцептивных аппаратов, внимания, моторики, разработку режимов игровой, учебной или трудовой деятельности, подбор стимульного материала, разработку способов психологической диагностики и контроль за эффективностью восстановления функции или компенсации дефекта, возникшего в связи с мозговыми расстройствами.

Психофизиологическая нейропсихология — отвечает за исследование психических процессов с помощью объективных методов, использующих для анализа физиологические показатели. Это механограмма, миограмма, плетизмограмма, электроэнцефалография (ЭЭГ), позволяющая в результате современной компьютерной обработки получать представления о ее «карте».

Помимо традиционных в клинических условиях используются такие уточняющие локализацию поражения методы, как магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография и др. К числу специальных приемов относятся метод вызванных естественной стимуляцией потенциалов и стереотаксические эксперименты с прицельным погружением тончайших электродов в отдельные нейроны. В клинике это позволяет с помощью вводимых радиоактивных веществ уничтожать патологические очаги в глубине мозга или функционально «переучивать» группы нейронов.

Четких границ между указанными направлениями не существует, а новый методический арсенал и теоретические выводы, рожденные в рамках одного из них, становятся достоянием других.

Общие принципы функционирования мозга человека

Психофизиологическая и психическая работа мозга как системы подчиняется определенным принципам и законам, требующим введения ряда специальных понятий и категорий. Реализуемые на разных уровнях функционирования центральной нервной системы (ЦНС), эти принципы и законы являются обязательными для анализа и интерпретации тех или иных нарушений, возникающих при локальных поражениях мозга.

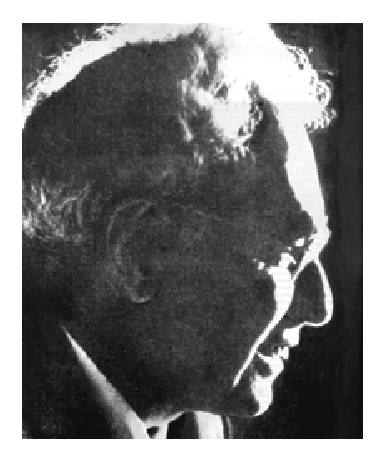
Существенную роль в понимании последовательности фаз становления высших психических функций сыграла *культурно-историческая теория* развития функций, разработанная Выготским и развитая в трудах Лурия и Леонтьева.

При анализе основных теоретических тенденций, существовавших в психологии первой трети XX в., было обращено внимание на то, что над каждой относительно элементарной функцией надстраивается своеобразный второй этаж высших функций: над механической памятью — логическая, над непроизвольным вниманием — произвольное, над воспроизводящим воображением — творческое, над образным и ассоциативным мышлением — понятийное и целенаправленное, над низшими чувствами — высшие и т. п. Однако связь этих двух уровней не выяснялась и они рассматривались как структурно рядоположенные и функционально не связанные. Возникновение отдельных высших психических процессов нередко

приурочивалось к какому-либо возрастному периоду, без объяснения того, почему оно оказалось возможным именно в данный период и как именно возник и стал развиваться тот или иной процесс. Особенно гибельно, по мнению Выготского, такая постановка вопроса о высших психических функциях (ВПФ) отражалась на детской психологии.

В противовес подобной позиции был выдвинут как важнейший для психологии *исторический принцип* понимания психических процессов, т. е. принцип неразрывной их связи с воздействиями социальной среды. В соответствии с этим принципом поведение культурного взрослого человека является результатом двух различных процессов: биологической эволюции животных и исторического развития человечества. В филогенезе оба эти процесса представлены как самостоятельные и независимые линии развития, но в онтогенезе они слиты воедино, так как ребенок сразу после рождения находится под определяющим воздействием окружающей его социальной среды. Новая, собственно человеческая система поведения формируется при наличии определенной биологической зрелости, но без изменения биологического типа человека. ВПФ представляют собой то, чем становятся низшие функции под воздействием культуры. Этим определяется необходимость изучения психических функций в их развитии, начиная от рудиментарных форм, в той или иной степени представленных у человека, и заканчивая высшими психическими процессами. Кратко эта мысль была сформулирована следующим образом: «Поведение может быть понято только как история поведения». Важнейшим отличием культурного поведения от более ранних его форм являются изготовление и использование *орудий*. В полном соответствии с этой тенденцией развитие психических функций необходимо включает в себя создание особых — внешних средств, являющихся как бы орудиями, позволяющими добиваться более высоких результатов, но одновременно и качественно перестраивающих первоначальные элементарные психические функции. Эти вспомогательные средства-орудия (*стимулы-средства* по Выготскому) освобождают человека от наличных, но не зависящих от него стимулов-объектов. Подобные новые искусственные орудия, имеющие форму специфических человеческих сигналов, получили название *знаков*. К их числу относятся: язык, различные формы нумерации и числения, мнемотехнические приспособления, алгебраическая символика, произведения искусства, письмо, диаграммы, карты, чертежи, условные знаки.

Знак всегда первоначально есть средство социальной связи, средство воздействия на других и только потом оказывается средством воздействия на себя. Активное приспособительное изменение человеком природы требовало замыкания нового типа связей между искусственно созданными знаками и задачами и целями, которые ставил человек. Применительно к этому обстоятельству Выготский формулирует *принцип сигнификации*: человек извне создает связи в мозге, управляет мозгом и через него — собственным телом. ВПФ с этой точки зрения представляют собой «слепок с социального» или результат интериоризации: «Всякая функция в культурном развитии сначала выступает как категория интерпсихическая, а затем — вторично уже — как интрапсихическая»; «Все внутреннее в высших психических функциях было некогда внешним». Это принцип социальной, знаковой детерминации поведения. Соответственно традиционное орудие есть



А. Р. Лурия

средство внешней деятельности, в то время как знак — средство внутренней деятельности человека. Тот факт, что для развития ВПФ характерно использование опосредующих звеньев, означает, что каждая психическая функция включает в себя другие функции, благодаря которым она и выступает как высшая. На этой основе возникают различные формы непосредственного слияния функций, образуются особые, межфункциональные связи или такие сложные образования психических функций, которые следует считать своеобразными психологическими системами. С возрастом изменяется не только и не столько структура самих функций, сколько межфункциональные отношения, связывающие данную функцию с другими. Поэтому сравнительное изучение развития и распада ВПФ является «одним из плодотворнейших методов в исследовании проблем локализации». К числу принципиальных выводов, имеющих отношение к мозговой организации ВПФ и сформулированных Выготским, принадлежат следующие: 1) функция организована и построена как интегративная деятельность, в основе которой лежат сложно дифференцированные иерархически объединенные динамические межцентральные отношения; 2) при расстройствах развития, вызванных каким-либо церебральным дефектом, при прочих равных условиях больше страдает в функциональном отношении ближайший высший по отношению к пораженному участку центр и относительно меньше страдает ближайший низший по отношению к нему центр; при распаде наблюдается обратная зависимость: при поражении какого-либо центра при прочих равных условиях больше страдает ближайший к пораженному участку низший, зависящий от него центр и относительно меньше страдает ближайший высший по отношению к пораженному центр, от которого он сам находится в функциональной зависимости.

Другим важным, уже педагогически прикладным, аспектом является вопрос о взаимоотношении развития и обучения. Рассматривая эту проблему, Выготский решительно отвергает их понимание как двух якобы независимых друг от друга процессов, равно как и другую крайность — их отождествление. По его мнению, обучение всегда идет и должно идти впереди развития. Существенное значение в связи с этим имеет выдвинутое Выготским понятие *зоны ближайшего развития* — зоны того, что ребенок может уже делать, но не самостоятельно, а лишь благодаря подражанию или с помощью взрослого. Это то, что в дальнейшем станет возможным и для самостоятельного выполнения, войдет тем самым в зону актуального развития. Наряду с выяснением зоны ближайшего развития необходимо учитывать и сенситивность того или иного периода развития по отношению к определенному обучению. Последнее только тогда наиболее плодотворно, когда осуществляется в пределах сенситивного к нему периода, в оптимальные сроки обучения, когда ребенок наиболее восприимчив к информации именно данного качества.

Важнейшим понятием, которым оперируют большинство психологически и физиологически ориентированных наук, является понятие *функциональной системы*. Это динамическая саморегулирующаяся организация, все составные элементы которой взаимосодействуют получению полезного для организма приспособительного результата. Существенный вклад в разработку этой проблемы, сопровождаемую широкими философскими обобщениями, был внесен Анохиным.

Системный подход в форме теоретической концепции под названием «общая теория систем» возник как реакция на рост в биологии и физиологии аналитической тенденции, пренебрегающей учетом целостности организма. Широко используемое на начальных этапах развития этого направления определение системы через «взаимодействие множества компонентов» (Берталанфи) как по отношению к биологическим объектам, так и по отношению к работе мозга из-за своей неполноты оказалось неудовлетворительным. Это привело к поиску обязательного системообразующего фактора, универсально пригодного для всех видов и направлений системного подхода. Анохин пришел к выводу, что объяснительные принципы функционирования любой системы не могут быть построены без привлечения в понятийный аппарат категории *целенаправленного поведения*, поскольку цель всегда опережает реализацию ее организмом и тем более получение полезного результата. Специфическое свойство целенаправленности — это принятие решения и предсказание эффекта. Существенным является то, что потребность в каком-либо полезном результате и цель получения этого результата зреют внутри биологической системы, в глубине ее метаболических (обменных) и гормональных процессов. Таким образом, содержание результата или его параметры формируются системой в виде определенной идеальной модели раньше, чем появляется сам результат, или до окончания формирования поведенческого акта. Полученный реальный результат и его идеальная модель в итоге сравниваются. Достаточность или недостаточность результата определяет дальнейшее поведение системы: в случае его достаточности организм переходит на формирование другой функциональной системы с другим полезным результатом, в случае недостаточности — происходит стимулирование активирующих механизмов и возникает активный подбор новых компонентов. Таким образом, именно преследуемая цель является ограничивающим фактором при взаимодействии одного компонента живой системы с другими. Функциональные системы организма (и мозга как его части) складываются из динамически мобилизуемых структур, гибко меняющихся до подтверждения достижения полезной цели. При этом возможно привлечение любых структурных элементов и их комбинаций по принципу соответствия функциональным требованиям. В результате нескольких «проб и ошибок» достигается удовлетворительный приспособительный результат. Это значит, что всякий компонент может войти в систему только в том случае, если он вносит свою долю содействия в получение запрограммированного итога.

В отличие от традиционного подхода, при котором каждое возмущение равновесия приводит систему к поиску устойчивого состояния, была предложена формула, по которой биологическая система, пытаясь получить искомый результат, может пойти на самые большие возмущения во взаимодействии своих компонентов. Единственная возможность работы многих уровней в системе — это та, при

которой всякий более низкий уровень должен как-то организовать контакт результатов, что и может составить следующий, более высокий уровень системы. В этом случае «иерархия систем» превращается в иерархию результатов каждой из субсистем предыдущего уровня. Вопрос о том, какой конкретно результат должен быть получен, решается мозгом в стадии *афферентного синтеза*. В этом процессе одновременной обработке подвергаются четыре информационных потока: доминирующая мотивация, обстановочная афферентация, пусковая афферентация и информация, хранящаяся в памяти. Процесс объединения этих компонентов в систему облегчается восходящей активацией, вызванной ориентировочными реакциями, сопутствующими афферентному синтезу и предшествующими принятию решения. Работа афферентного синтеза сводится к подбору возможностей избирательного направления возбуждений к мышцам, совершающим нужное действие. Подбор функциональных компонентов системы на основе закончившегося афферентного синтеза — это и есть суть принятия решения.

Механизмом, «предвосхищающим» афферентные свойства результата в соответствии с принятым решением, является *акцептор результата действия*. В соответствии с концепцией Анохина, основной детерминантой и условием приобретения живыми существами приспособительных качеств является пространственно-временна́я структура мира. Если принципы работы анализаторных систем человека и животных, их двигательной и поведенческой активности в условиях трехмерного пространства достаточно очевидны, то роль адаптации ко времени еще окончательно не ясна.

Будучи закономерно упорядоченными в объективном материальном мире и находясь в причинно-следственных отношениях, воздействующие на живое существо факторы могут быть разделены на две группы — разовые (неповторяющиеся) и повторяющиеся (некоторые — повторяющиеся регулярно, т. е. образующие ряды устойчивых или относительно устойчивых последовательных воздействий). Очевидно, что из общего потока событий пространственно-временно́й структуры мира только последние могли стать временно́й основой для развития приспособительных реакций первичных организмов. Благодаря формированию на ранних этапах эволюции способности к активному передвижению вариативность воздействий и диапазон вероятности их появления стали значительно расширяться. Любое внешнее воздействие приводит в организме к цепи сложных изменений, протекающих на разных уровнях, начиная от биохимических изменений и заканчивая высшими формами психического отражения у человека. Повторение события сопровождается ускорением цепей реакций, а многократные повторения — существенным опережением развертки подготовительных реакций организма по сравнению с реальными двигательными ответами. Следующим этапом развития этой системы реагирования становится запуск полноценных ответных реакций уже по первому звену многократно повторяющейся цепи событий. Это явление получило название *опережающего отражения действительности*, которое у существующих организмов протекает в миллионы раз быстрее, чем последовательные преобразования в действительности. Первый признак цепи событий становится сигнальным по отношению ко всему оставшемуся ряду, что позволяет организму формировать подготовительные изменения для будущих событий. Мозг является специа-

лизированным органом актуального и опережающего отражения. Опережение событий есть прежде всего активное поддержание поставленной цели до момента ее реализации, причем афферентная модель будущего результата становится эталоном оценки обратных афферентаций. Для того чтобы осуществлять эту функцию, мозг должен непрерывно поддерживать течение физиологических и производных психических процессов («нейронную мелодию») в полном соответствии с аналогичной непрерывностью пространства и времени внешнего мира. Таким образом, в поведении одновременно присутствуют несколько компонентов — отражение условий, афферентный синтез, принятие решения, поиск полезного результата, или, точнее, цепи результатов деятельности, переходящих один в другой, обратная афферентация (от исполняющих органов) для сличения их в акцепторе действия и оценки их достаточности. Именно результат деятельности упорядочивает работу мозга и всех его многочисленных подсистем, нейронов и синаптических связей. Неудовлетворительный результат приводит к перестройке всей функциональной системы. Организмы всех ныне существующих живых существ и мозг человека представляют не случайную анатомическую и функциональную организацию, а подлинное отражение пространственно-временны́х параметров конкретной среды обитания.

Одной из основных закономерностей жизни организма является непрерывное развитие, поэтапное включение и смена его функциональных систем, обеспечивающие адекватное (постепенное и пластичное) приспособление в разные возрастные периоды постнатальной (послеродовой) жизни. Средством эволюции, благодаря которому устанавливаются гармоничные отношения между многочисленными компонентами функциональной системы, является гетерохронность (неодновременность) роста и темпов развития различных структурных образований. На разных возрастных этапах она может проявляться в возникновении новых внутри- и межсистемных координаций, а также в опережающем развитии той или иной психической функции. Наиболее активная координация функциональных систем происходит в так называемые критические, или *сенситивные*, *периоды* развития, что соответствует качественным перестройкам поведения и психики. В каждом возрастном периоде отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости, иначе не произойдет их полного слияния в единый ансамбль. Развитие нервной системы ребенка сопровождается не только появлением новых форм реагирования, но и угасанием старых, первоначальных автоматизмов. Запаздывание в угасании старых форм реагирования в ряде случаев препятствует усложнению рефлекторной деятельности, формированию новых межанализаторных связей.

Внутрисистемная гетерохронность связана с постепенным усложнением любой конкретной функциональной системы. Первоначально формируются ее элементы, обеспечивающие более простые уровни работы, а затем более сложные, включая высшие психические. По отношению к психическому уровню (это в сфере наглядного отражения) восхождение от элементарных сенсорных процессов к восприятию и целостной картине мира, в мышлении — от конкретных понятий к различным уровням обобщения и абстракциям. Каждая функция имеет

свой цикл развития, сенситивный период своего быстрого развития и период относительно замедленного формирования.

Межсистемная гетерохронность связана с неодновременной закладкой и формированием разных систем организма. На уровне психики онтогенетически первой формой межфункциональных отношений является ассоциативная, позволяющая временно объединять разномодальные ощущения в целое на основе пространственно-временно́й близости. Позднее межфункциональные связи усложняются и начинают характеризоваться наличием ведущих и фоновых уровней в построении психической деятельности. Перестройка в этих связях и их усложнение происходят в определенной последовательности и обусловлены разным временны́м формированием психических функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Например, в возрасте 2–5 лет наблюдается опережающее развитие восприятия и речи по отношению к ранее интенсивно развивавшимся движениям и действиям, но на этом этапе характеризующихся замедлением темпа развития. При этом первоначально восприятие занимает иерархически ведущую позицию по отношению к речи. Внутри самой функции речи ее различные составляющие имеют собственную динамику развития и иерархию построения. На первом этапе овладения речью ведущим является различение на слух акустических признаков слов и лишь затем формируется речедвигательный компонент (Корсакова, Микадзе, Балашова).

С точки зрения онтогенеза *функциональной асимметрии полушарий* гетерохронность психического развития может объясняться закономерностями возрастной динамики восприятия и мышления, стиля деятельности и типа личности, обусловленных сменой доминирующих межполушарных отношений в процессе формирования психики ребенка. Это имеет отношение и к таким аспектам возрастного развития, как созревание индивидуально-типического когнитивного стиля (предпочитаемых перцептивных стратегий и ведущих стратегий обработки информации), особенности развития общего интеллекта и индивидуальных особенностей личности — сложных и во многом социально обусловленных психических образований, которые своими корнями в онтогенезе связаны с доминирующим в данном возрастном периоде полушарием. В пользу неравнозначности полушарий в разные периоды жизни ребенка свидетельствуют такие клинические факты, как, например, худшие результаты выполнения вербальных тестов при ранних (до 12 месяцев) левополушарных поражениях по сравнению с аналогичными правополушарными, задержки речевого развития у таких детей, большее нарушение перцептивных функций при правополушарной патологии (особенно зрительно-пространственного восприятия). Существуют электрофизиологические исследования мозга ребенка, показывающие разницу в восприятии вербальных и музыкальных стимулов полушариями, начиная от нескольких недель до 6 месяцев от рождения. Динамика межполушарных взаимодействий на протяжении всех, и особенно относительно поздних в жизни ребенка, периодов не может быть адекватно оценена без учета гетерохронности функции, связанной с синтетическими по генезу психическими видами деятельности, возникающими как результат объединенной работы разных долей в пределах одного полушария (преимущественно передне-задних отношений), а также результатов «надстраивания» морфоло-

гически и функционально новых корковых аппаратов над старыми, относительно зрелыми к моменту рождения (вертикальных отношений). Реально мозг — это целостная морфологическая и функциональная система, все звенья которой одновременно, но с разными скоростями на протяжении жизни человека созревают и перекомбинируют свои внутренние связи в зависимости от доминирующих задач в том или ином возрастном периоде либо в той или иной конкретной ситуации. Подавляющее большинство данных и экспериментальных результатов по выявлению роли правого и левого полушарий головного мозга в когнитивной деятельности свидетельствуют о нарастании левополушарного типа сознания как в онтогенезе, так и в культурной эволюции человечества в целом, что не исключает значения полушарной специализации и межполушарного взаимодействия.

Все системы мозга, объединенные различными типами волокон, работают по *принципу иерархической соподчиненности*, благодаря которому одна из систем, доминирующая в конкретный период времени в той или иной психической деятельности, осуществляет управление другими системами, а также контролирует это управление на основе прямых и обратных связей. При этом на уровне макросистем, крупных мозговых блоков, наблюдается относительная жесткость выполняемых ими функций, в то время как на уровне микросистем, представляющих элементы того или иного психофизиологического ансамбля, обнаруживается вероятностность и вариативность связей. Подобная закономерность прослеживается и в работе систем мозга, при анализе их сроков формирования в фило- и онтогенезе. Наиболее рано созревающие участки мозга, связанные с удовлетворением витальных физиологических потребностей организма, имеют жесткую, генетически детерминированную, однозначную функциональную организацию, в то время как более поздние, надстраивающиеся ориентировочные сенсорные, перцептивные и гностические (т. е. уже психические) функции обеспечиваются вероятностными пластическими связями разных систем мозга. Благодаря функциональной многозначности включенность этих участков в общемозговую активность подчиняется конкретной внешней цели, сопряженной с реально имеющимися в данный период созревания ресурсами организма. Параметр пластичности—жесткости может быть прослежен и в различных звеньях любой функции. В еще большей степени это имеет отношение к реализации наиболее тонко дифференцированных ВПФ — прижизненно формирующихся, произвольных по способу осуществления и опосредованных знаковыми системами сложных форм предметного поведения, чувств, произвольного внимания и т. п. ВПФ имеют свою *психофизиологическую основу,* т. е. являются функциональными системами с многоступенчатым набором афферентных (настраивающих) и эфферентных (исполняющих) звеньев.

В анатомическом пространстве мозга эта закономерность прежде всего отражается в его вертикальной организации, где каждый очередной «вышележащий» уровень иерархически доминирует над «нижележащим» и сам включается в интегративную деятельность мозга в качестве ансамбля еще большей системы или метасистемы. Конструктивно и функционально с выполнением наиболее сложных форм психической деятельности связаны наиболее поздно созревающие, поверхностные и тонкие слои коры головного мозга. Кроме вертикальной организации головной

мозг имеет и организацию горизонтальную, представленную в основном ассоциативными процессами как в рамках одного полушария, так и при взаимодействии двух полушарий. Наиболее ярко горизонтальный принцип проявляется в согласованной и взаимодополняющей работе двух полусфер мозга при их известной асимметрии, выражающейся в своеобразной специализации полушарий по отношению к ряду психических процессов. Комбинация вертикально-горизонтальных взаимодействий в сочетании с различной степенью жесткости—пластичности связи ВПФ с различными структурами их материального носителя — мозга дает обоснование двум основным принципам теории локализации высших психических функций, разработанным в нейропсихологии.

Принцип системной локализации функций. Каждая психическая функция опирается на сложные взаимосвязанные структурно-функциональные системы мозга. Различные корковые и подкорковые мозговые структуры принимают свое, «долевое» участие в реализации функции, выполняя роль звена более общей единой функциональной системы.

Принцип динамической локализации функций. Каждая психическая функция имеет динамическую, изменчивую мозговую организацию, различную у разных людей и в разные периоды их жизни. Благодаря качеству полифункциональности под влиянием новых воздействий мозговые структуры могут перестраивать свои функции.

Разработка этих фундаментальных для нейропсихологии принципов связана с именами Павлова, Ухтомского, Выготского, Лурия и Анохина. В историческом аспекте по этой проблеме существовали две крайние точки зрения: узкий *локализационизм*, исходящий из представления о психической функции как о неразложимой на компоненты и жестко связанной с конкретными мозговыми структурами, и *эквипотенционализм,* трактующий мозг и кору больших полушарий как однородное целое, равнозначное для психических функций во всех своих отделах. В соответствии со второй концепцией поражение любой части мозга должно было бы приводить к пропорциональному ухудшению всех психических функций одновременно и зависеть только от массы пораженного мозга. Фактом, вступавшим в явное противоречие с обоими взглядами, было то, что при локальных поражениях мозга наблюдался высокий уровень компенсации возникших дефектов или замещения выпавших функций другими отделами мозга.

В соответствии с современными воззрениями или обобщающим *принципом системной динамической локализации*, ВПФ охватывают сложные системы совместно работающих зон мозга, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга (Лурия). Привлекаемые функциональные системы являются многомерными многоуровневыми констелляциями различных мозговых образований. Отдельные их звенья должны быть увязаны во времени, по скоростям и ритмам выполнения, т. е. должны составлять единую динамическую систему. Исследования глубоких мозговых структур показали, что характеристики жесткости—пластичности работы элементов психофизиологических систем могут анализироваться под углом зрения вероятности их привлечения к работе: отдельные элементы ВПФ могут быть «жесткими», т. е.

принимать постоянное участие в тех или иных актах, а часть — «гибкими», включаться в работу лишь при определенных условиях. Кроме того, динамическая локализация ВПФ имеет еще и хронологический аспект, отслеживающий изменения их структуры от детского возраста к взрослому.

Анатомо-морфологическая база высших психических функций

Мозг человека как специальный орган, осуществляющий высшую форму обработки информации, представляет лишь часть нервного аппарата — системы, специализирующейся на согласовании внутренних потребностей организма с возможностями их реализации во внешней, в том числе социальной, среде. Как и всякая система, она имеет определенную пространственную и функциональную конструкцию, сформировавшуюся в ходе эволюционного процесса. Поэтому диапазон основных параметров функционирования нервной системы в целом отражает вероятностную структуру качества и интенсивности раздражителей, с которыми формирующийся организм сталкивался на протяжении фило- и онтогенеза. Нервная система с входящим в нее мозгом — это иерархически и функционально упорядоченное материальное пространство, являющееся неотъемлемым элементом более общей системы — организма.

Наиболее дифференцированным отделом ЦНС является кора головного мозга, которая по морфологическому строению в основном делится на шесть слоев, отличающихся по строению и расположению нервных элементов. Прямые физиологические исследования коры доказали, что ее основной структурно-организующей единицей является так называемая кортикальная колонка, представляющая собой вертикальный нейронный модуль, все клетки которого имеют общее рецепторное поле или однородно функционально ориентированы. Колонки группируются в более сложные образования — макроколонки, сохраняют определенный топологический порядок и образуют строго связанные распределенные системы.

Благодаря исследованиям Бродмана, О. Фогта и Ц. Фогт и работам сотрудников Московского института мозга было выявлено более 50 различных участков коры — корковых цитоархитектонических полей, в которых нервные элементы имеют свою морфологическую и функциональную специфику.[1] Кора головного мозга, подкорковые структуры, а также периферические компоненты организма связаны волокнами нейронов, образующими несколько типов проводящих путей, связывающих между собой и различные отделы ЦНС. Существует несколько способов классификации этих путей, наиболее общий из которых предусматривает пять вариантов. Существенным смысловым компонентом подобной схемы является тезис, в соответствии с которым различные типы волокон являются представителями различных систем мозга, обеспечивающими разнообразный психофизиологический эффект их работы. *Ассоциативные* волокна проходят внутри только одного полушария и связывают соседние извилины в виде коротких дугообразных пучков либо кору различных долей, что требует более длинных воло-

---

[1] См. *Хомская Е. Д.* Нейропсихология. — М., 1987.

кон. Назначение ассоциативных связей — обеспечение целостной работы одного полушария как анализатора и синтезатора разномодальных возбуждений. *Проекционные* волокна связывают периферические рецепторы с корой головного мозга. С момента входа в спинной мозг — это восходящие афферентные пути, имеющие перекрест на различных его уровнях или на уровне продолговатого мозга. Их задача — трансляция мономодального импульса к соответствующим корковым представительствам того или иного анализатора. Почти все проекционные волокна проходят через таламус. *Интегративно-пусковые* волокна начинаются от двигательных зон мозга, являются нисходящими эфферентными и по аналогии с проекционными также имеют перекресты на различных уровнях стволового участка или спинного мозга. Задача этих волокон — синтез возбуждений разной модальности в мотивационно организованную двигательную активность. Окончательной зоной приложения интегративно-пусковых волокон является мышечный аппарат человека. С точки зрения их топологической организации они также могут рассматриваться и как проекционные, поскольку реализуют принцип строгого соответствия (фактически — связи) между центральными корковыми нейронными группами и периферическими мышечными волокнами. *Комиссуральные* волокна — обеспечивают целостную совместную работу двух полушарий. Они представлены одним крупным анатомическим образованием — мозолистым телом, а также несколькими более мелкими структурами, важнейшими из которых являются четверохолмие, зрительная хиазма и межуточная масса таламуса. Функционально мозолистое тело состоит из трех отделов: переднего, среднего и заднего. Передний отдел обслуживает процессы взаимодействия в двигательной сфере, средний — в слуховой и слухоречевой, а задний — в тактильной и зрительной. Предположительно бóльшая часть волокон мозолистого тела участвует в межполушарных ассоциативных процессах, регуляция которых может сводиться как к взаимной активации объединяемых участков мозга, так и к торможению деятельности контралатеральных зон. *Лимбико-ретикулярные* волокна связывают энергорегулирующие зоны продолговатого мозга с корой. Задача этих путей — поддержание циклов общего активного или пассивного фона, выражающихся для человека в феноменах бодрствования, ясного сознания или сна. Область распространения ретикулярной формации точно не установлена. На основании физиологических данных она занимает центральное положение в продолговатом мозге, мосте, среднем мозге, в гипоталамической области и даже в медиальной части зрительных бугров. Наиболее мощные связи продолговатый мозг образует с лобными долями. Определенная часть ретикулярных волокон обслуживает и работу спинного мозга.

Морфогенез мозга определяется размерами и различием по клеточному составу как целого мозга, так и его отдельных структур. Кроме того, полноценный анализ зрелого мозга предусматривает и оценку характера взаимосвязи и способа организации различных частей мозга — *нейронных ансамблей* (Корсакова, Микадзе, Балашова). *Масса мозга* как общий показатель изменения нервной ткани составляет при рождении примерно (данные различных авторов колеблются) 390 г у мальчиков и 355 г у девочек и увеличивается соответственно до 1353 и 1230 г к моменту полового созревания. Наибольшее увеличение мозга происходит на первом году жизни и замедляется к 7–8 годам, достигая максимальной массы (при-

мерно 1400 г) у мужчин к 19–20, а у женщин — к 16–18 годам. При рождении у ребенка полностью сформированы подкорковые образования и те области мозга, в которых заканчиваются нервные волокна, идущие от периферических частей анализаторов. Остальные зоны еще не достигают необходимого уровня зрелости, что проявляется в малом размере входящих в них клеток, недостаточном развитии ширины их верхних слоев, выполняющих в дальнейшем самую сложную ассоциативную функцию, незавершенностью в развитии проводящих нервных волокон. *Скорость роста коры* во всех областях мозга в целом наиболее высока в первый год жизни ребенка, но в разных зонах она заметно отличается. К 3 годам происходит замедление роста коры в первичных отделах, а к 7 годам — в ассоциативных. У трехлетних детей клетки коры уже значительно дифференцированы, а у 8-летнего мало отличаются от клеток взрослого человека. По некоторым данным, от рождения до 2 лет происходит активное образование контактов между нервными клетками (через синапсы) и их количество в этот период выше, чем у взрослого человека. К 7 годам их число уменьшается до уровня, свойственного взрослому. Более высокая синаптическая плотность в раннем возрасте рассматривается как основа усвоения опыта. Исследования показали, что процесс *миелинизации*, по завершении которого нервные элементы готовы к полноценному функционированию, в разных частях мозга также проходит неравномерно. В первичных зонах анализаторов он завершается достаточно рано, а в ассоциативных — затягивается на длительный срок. Миелинизация двигательных корешков и зрительного тракта завершается в первый год после рождения, пирамидного тракта, задней центральной извилины (в которой осуществляется проекция кожной и мышечно-суставной чувствительности) — в 2 года, передней центральной извилины (начала двигательных путей) — в 3 года, слуховых путей — в 4 года, ретикулярной формации (энерго- и ритморегулирующей системы) — в 18 лет, ассоциативных путей — в 25 лет. Формирование большинства функциональных мозговых структур, относительно надежно способных реализовывать ту или иную психическую или психофизиологическую функцию в меняющихся условиях среды — *нейронных ансамблей*, заканчивается в 18 лет, кроме лобной области, где этот процесс завершается к 20 годам, а в префронтальных участках, по некоторым данным, и позднее.

С точки зрения *функциональных возможностей* мозга раньше всех в эмбриогенезе закладываются предпосылки для становления *кожно-кинестетического* и *двигательного* анализаторов. В кожно-кинестетическом анализаторе первые два года — это этап формирования целевых специализированных действий. Способность к тонкому анализу проприоцептивных (кинестетических) раздражений появляется с 2–3 мес и развивается до 18–20 лет.

Слуховые рецепторы начинают функционировать сразу после рождения, а на стыке 1 и 2 лет происходит усиленное образование условных рефлексов на речь. Тонкая дифференцировка звуковых раздражителей продолжается до 6–7 лет. Анализ вызванных потенциалов в корковых полях, вовлекаемых в *зрительное восприятие,* показывает, что специализация полей в первые 3–4 года невелика. В дальнейшем она нарастает и достигает наибольшей выраженности к 6–7 годам. Это позволяет рассматривать возраст 6–7 лет как сенситивный в становлении системной

организации зрения (условные рефлексы со слухового анализатора начинают вырабатываться раньше, чем со зрительного). *Ассоциативные отделы* мозга прогрессируют поэтапно — «пик» первого этапа примерно совпадает с 2 годами, а второго — с 6–7 годами. Наиболее медленным темпом развития характеризуются, как уже указывалось, лобные отделы мозга, функцией которых является произвольная (в том числе и опосредованная речью) регуляция всех видов психической деятельности.

Функциональные блоки мозга. На основе изучения нарушений психических процессов при различных локальных поражениях центральной нервной системы Лурия разработал общую структурно-функциональную модель мозга как субстрата психики. Согласно этой модели, весь мозг может быть разделен на три основных блока, характеризующихся определенными особенностями строения и ролью в исполнении психических функций.

Первый блок — энергетический — включает ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальные отделы, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей (рис. 16).

Блок регулирует общие изменения активации мозга (тонус мозга, необходимый для выполнения любой психической деятельности, уровень бодрствования) и локальные избирательные активационные изменения, необходимые для осуществления ВПФ. При этом за первый класс активаций несет ответственность преимущественно ретикулярная формация ствола мозга, а за второй — более высоко расположенные отделы — неспецифические образования диэнцефального мозга, а также лимбические и корковые медиобазальные структуры.

Ретикулярная формация (РФ) обнаружена в 1946 г. в результате исследований американского нейрофизиолога Мегоуна, который показал, что эта клеточная функциональная система имеет отношение к регуляции вегетативной и соматической рефлекторной деятельности. Позднее совместными работами с итальянским нейрофизиологом Моруцци было продемонстрировано, что раздражение ретикулярной формации эффективно влияет и на функции высших структур мозга, в частности коры больших полушарий, определяя ее переход в активное, бодрствующее или в сонное состояние. Исследования показали, что РФ занимает особое место среди других нервных аппаратов, в значительной мере определяя общий уровень их активности. В первые годы после этих открытий было широко распространено представление, что отдельные нейроны РФ тесно связаны друг с другом и образуют однородную структуру, в которой возбуждение распространяется диффузно. Однако позднее выяснилось, что даже близко расположенные клетки РФ могут обладать совершенно различными функциональными характеристиками. РФ расположена на всем протяжении ствола — от промежуточного мозга до верхних шейных спинальных сегментов. Она представляет собой сложное скопление нервных клеток, характеризующихся обширно разветвленным дендритным деревом и длинными аксонами, часть которых имеет нисходящее направление и образует ретикулоспинальные пути, а часть — восходящие. РФ взаимодействует с большим количеством волокон, поступающих в нее из других мозговых структур, — коллатералями проходящих через ствол мозга сенсорных восходящих систем и нисходящими путями, идущими из передних отделов мозга (в том числе из

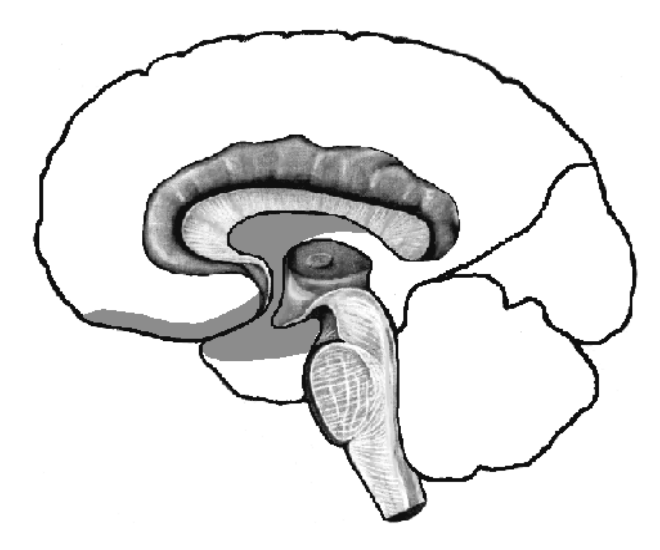


Рис. 16. Функциональные блоки мозга — 1-й блок (по Лурия)

двигательных зон). И те и другие вступают с РФ в синаптические связи. Кроме того, многочисленные волокна поступают к нейронам РФ из мозжечка.

Нисходящая часть РФ оказывает неоднозначное влияние на деятельность спинного мозга: раздражение продолговатого мозга (его гигантоклеточного ядра) и некоторых участков варолиева моста сопровождается торможением рефлекторной деятельности нижележащих отделов, а при раздражении более дорсальных и оральных отделов продолговатого мозга — диффузно облегчает действие тех же функциональных структур. Примером первого варианта влияния является эффект мышечного расслабления во время сна. Кроме того, ретикулярное торможение работы нейронов спинного мозга приводит и к ослаблению афферентных восходящих импульсов, т. е. снижает передачу сенсорной информации в корковые мозговые центры. Ретикулярные структуры, регулирующие соматические и вегетативные функции, отличаются высокой химической чувствительностью и обнаруживают обратную регулирующую зависимость от характеристик внутренней среды организма (эндокринной системы, уровня CO_2 в крови и т. п.).

Восходящая часть РФ обеспечивает регуляцию активности высших отделов мозга, главным образом коры больших полушарий. Впервые возможность такого влияния была зарегистрирована в 1935 г. бельгийским нейрофизиологом Бремером в результате перерезки у животных головного мозга на разных уровнях. Поддержание бодрствующего состояния переднего мозга обусловливается первоначальной активацией афферентными раздражениями ретикулярных структур мозгового ствола, а они по восходящим путям определяют функциональное состояние коры, что, конечно, не исключает и прямой передачи афферентации в соответствующие мозговые зоны. Восходящая часть РФ, так же как и нисходящая, помимо деятельности активирующих участков порождает и общее тормозное влияние. Последнее обеспечивают стволовые участки мозга, в которых найдены так

называемые центры сна, в то время как более дифференцированные по вектору приложения функции предположительно реализуются более высоко расположенными структурами. При исследовании морфологических особенностей клеток РФ было обнаружено, что многие из них имеют Т-образное деление аксонов, один из отростков которых идет вверх, а другой вниз. Это позволило предположить, что и восходящие и нисходящие функции могут быть связаны с деятельностью одних и тех же нейронов. Кроме того, особенностью отношений коры головного мозга и нижележащих отделов является то, что структуры, обеспечивающие и регулирующие тонус коры, сами находятся с ней в двойных встречных отношениях. Преимущественно тонизируя кору через восходящие пути, лимбические, мезенцефальные и стволовые структуры РФ в то же время подвержены корковой регуляции — и тормозной и возбуждающей. Эти встречные модулирующие воздействия в первую очередь имеют отношение к лобным отделам, в которых формируются намерения, планы и перспективные программы сознательного поведения. Поведение взрослого человека является примером баланса этих встречных воздействий.

РФ не является спонтанно активирующей системой, а берет энергетический потенциал из двух источников — из обменных процессов организма, лежащих в основе гомеостаза, и из поступающих в организм раздражений внешнего мира. Дефицит во внутренней среде стимулирует инстинктивный компонент поведения, а роль второго источника активности может быть проиллюстрирована эффектом засыпания при искусственном отключении основных рецепторных аппаратов (зрения, слуха и кожной чувствительности).

С точки зрения психических функций энергетический неспецифический блок имеет отношение к процессам общего и селективного внимания, а также к сознанию в целом, процессам неспецифической памяти (запечатлению, хранению и переработке разномодальной информации), к сравнительно элементарным эмоциональным состояниям (страха, боли, удовольствия, гнева). В исполнении последней функции особую роль играют лимбические отделы мозга, которые помимо эмоционального фона обеспечивают переработку интероцептивной информации. Многими учеными РФ рассматривается как водитель многих биологических ритмов организма, часть из которых не только навязывается извне, но и может поддерживаться без видимой внешней стимуляции. Специфическую роль в этой мозговой системе играет не только афферентный энергетический потенциал, но и информационный аспект раздражителя, выражающийся в категориях сенсорного потока и рационального значения (ценности) стимула.

В концентрированной форме специфика работы 1-го блока прослеживается в организации ориентировочного рефлекса: энергетическая мобилизация организма порождается появлением нового стимула, требующего к себе экстренного внимания и сличения с имеющимися в памяти старыми раздражителями, а также последующим переводом полученных итогов в плоскость эмоциональных категорий «вредности—полезности».

Второй блок — приема, переработки и хранения экстероцептивной информации — включает в себя центральные части основных анализаторных систем: зрительной, слуховой и кожно-кинестетической, корковые зоны которых расположены в заты-

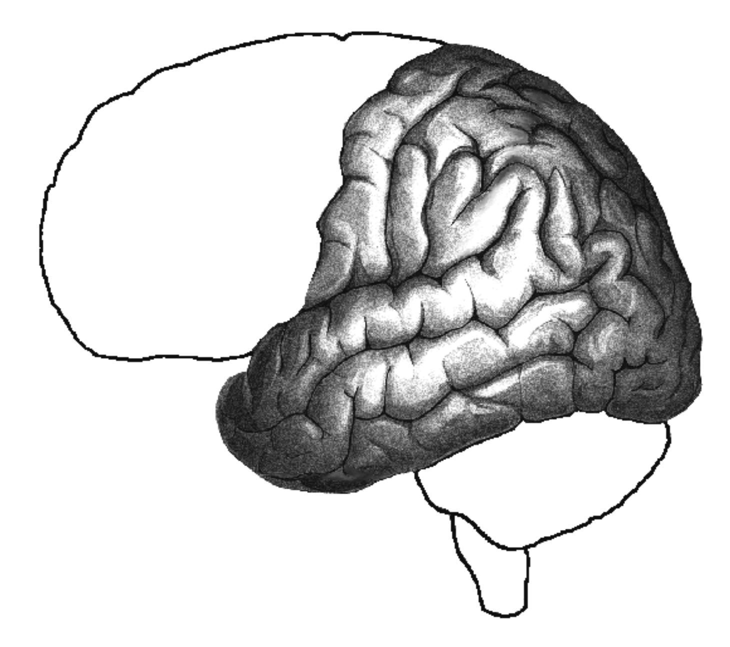


Рис. 17. Функциональные блоки мозга — 2-й блок (по Лурия)

лочных, теменных и височных долях мозга (рис. 17). В системы этого блока формально включаются и центральные аппараты вкусовой и обонятельной рецепции, но у человека они настолько оттеснены представительствами высших экстероцептивных анализаторов, что занимают в коре головного мозга незначительное место.

Основу данного блока составляют *первичные*, или *проекционные*, зоны коры (поля), выполняющие узкоспециализированную функцию отражения только стимулов одной модальности. Их задача — идентифицировать стимул по его качеству и сигнальному значению в отличие от периферического рецептора, который дифференцирует стимул лишь по его физическим или химическим характеристикам. Основная функция первичных полей — тончайшее отражение свойств внешней и внутренней среды на уровне ощущения. Все первичные корковые поля, как это было показано с помощью электростимуляции еще канадским нейрохирургом Пенфильдом, характеризуются *топическим принципом* организации, согласно которому каждому участку рецепторной поверхности соответствует определенный участок в первичной коре («точка в точку»), что и дало основание назвать первичную кору проекционной. Величина зоны представительства того или иного рецепторного участка в первичной коре зависит от функциональной значимости этого участка, а не от его фактического размера.

К числу первичных относятся 17-е (для зрения), 3-е (для кожно-кинестетической чувствительности) и 41-е (для слуха) поля. *Вторичные поля* представляют собой клеточные структуры, морфологически и функционально как бы надстроенные над проекционными. В них происходит последовательное усложнение процесса переработки информации, чему способствует предварительное прохождение аффе-

рентных импульсов через ассоциативные ядра таламуса. Вторичные поля обеспечивают превращение соматотопических импульсов в такую функциональную организацию, которая на уровне психики эквивалентна процессу восприятия. На поверхности мозга вторичные поля граничат с проекционными или окружают их. Номера вторичных полей — 18-е, 19-е, 1-е, 2-е, 42-е, 22-е и частично 5-е. Первичные и вторичные поля относятся к ядерным зонам анализаторов. *Третичные* (*ассоциативные*) *поля* (зона перекрытия) имеют наиболее сложную функциональную нагрузку. Они расположены на границе затылочного, височного и заднецентрального отделов коры и не имеют непосредственного выхода на периферию. Их функции почти полностью сводятся к интеграции возбуждений, приходящих от вторичных полей всего комплекса анализаторов. Работа этих зон своим психологическим эквивалентом имеет сценоподобное восприятие мира во всей полноте и комбинации пространственных, временны́х и количественных характеристик внешней среды, но не исчерпывается этим. Второе значение зон перекрытия — это переход от непосредственного наглядного синтеза к уровню символических процессов, благодаря которым становится возможным осуществление речевой и интеллектуальной деятельности. Третичные поля находятся вне ядерных зон. Особого выделения требует зона ТРО (от латинских названий долей: височной — temporalis, теменной — parietalis, затылочной — occipitalis), которая реализует наиболее сложные интегративные функции — 37-е и частично 39-е поле.

Работа второго блока подчиняется трем законам.

Закон иерархического строения. Первичные зоны являются фило- и онтогенетически более ранними. Поэтому недоразвитие первичных полей у ребенка приводит к потере более поздних функций (принцип «снизу вверх»), а у взрослого с полностью сложившимся психологическим строем третичные зоны управляют работой подчиненных им вторичных и при повреждении последних оказывают на их работу компенсирующее влияние (принцип «сверху вниз»). Выготский следующим образом характеризует данное теоретическое положение: «Объяснение этой закономерности лежит в том факте, что сложные отношения между различными церебральными системами возникают как продукт развития и что, следовательно, в развитии мозга и в функционировании зрелого мозга должна наблюдаться различная взаимная зависимость центров: низшие центры, служащие в истории развития мозга предпосылками для развития функций высших центров, являющихся вследствие этого зависимыми в своем развитии от низших центров, в силу закона перехода функций вверх сами оказываются в развитом и зрелом мозге несамостоятельными, подчиненными инстанциями, зависящими в своей деятельности от высших центров. Развитие идет снизу вверх, а распад — сверху вниз».

Закон убывающей специфичности. Наиболее модально специфичными (в данном случае — ориентированными на конкретное свойство объекта, улавливаемое конкретным видом анализатора) являются первичные зоны. Третичные зоны вообще надмодальны.

Закон прогрессирующей латерализации. По мере восхождения от первичных к третичным зонам возрастает дифференцированность функций левого и правого полушарий (в основном — по центральным предпосылкам речи и доминантности одной из рук).

Третий блок — программирования, регуляции и контроля за протеканием психической (сознательной) деятельности включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга — кпереди от передней центральной извилины (медиобазальные отделы лобных долей входят в первый блок) (рис. 18). Основная цель работы этого блока — формирование планов действий, т. е. создание программы психического акта и развертка последовательности исполнения его во времени в реальном поведении. Находясь под постоянным влиянием второго блока, префронтальные (по характеру и сложности обработки информации — ассоциативные) отделы лобных долей одновременно зависимы от речевого и мотивационного компонентов. Подготовка двигательных импульсов завершается их выходом на периферию через двигательную зону коры — преимущественно 4-е поле.

Иллюстрацией специфики работы первичных, вторичных и третичных полей указанных блоков является схема галлюцинаций, вызываемых искусственными раздражениями различных участков мозга (рис. 19).

Понятие нейропсихологического фактора и синдрома. *Фактор* (вообще) — движущая сила совершающегося процесса или одно из его необходимых условий. *Нейропсихологический фактор* — принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры. Он является связующим понятием между психическими функциями и работающим мозгом. С одной стороны, фактор является результатом активности определенных функциональных органов мозга, а с другой — играет объединительную роль для психических процессов в их системной функции реализации какого-либо специфического звена. Поражение той или

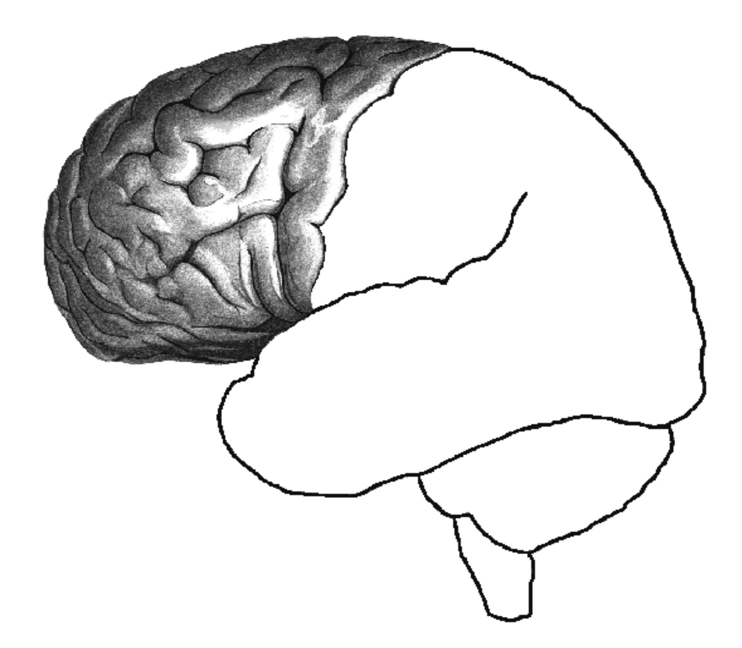


Рис. 18. Функциональные блоки мозга — 3-й блок (по Лурия)

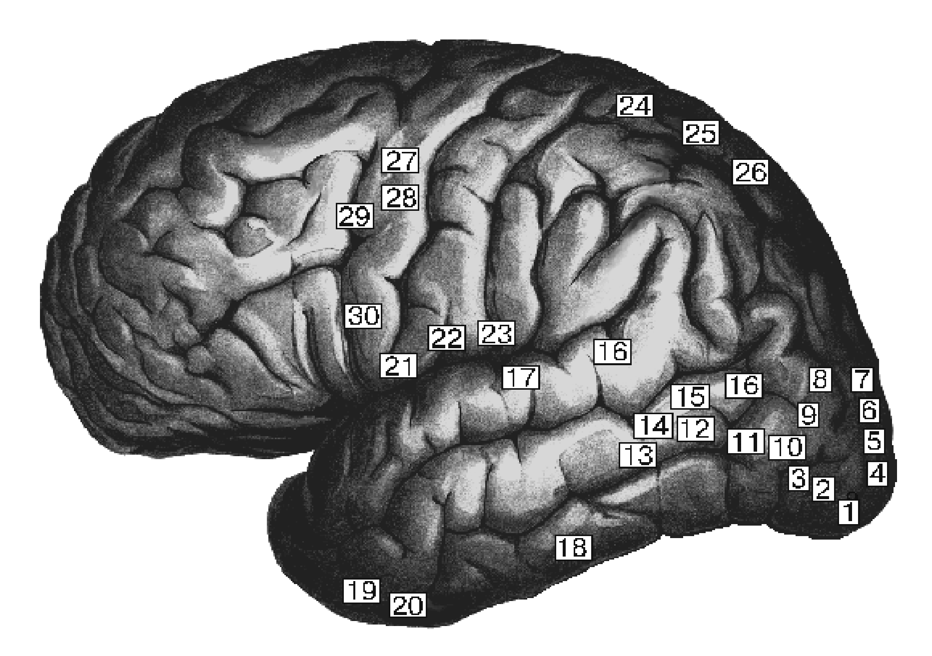


Рис. 19. Схема искусственно вызываемых эффектов при раздражении коры головного мозга (по Лурия):

1 — светящиеся шары; 2 — окрашенный свет; 3 — белый свет; 4 — голубые диски с красными кольцами; 5 — пламя, надвигающееся со стороны; 6 — голубой туман, надвигающийся со стороны; 7 — лица, звери, идущие со стороны; 8 — друг, идущий со стороны и делающий знак; 9 — лица; 10 — звери; 11 — лица и бабочки; 12 — полет птиц; 13 — желтый цвет; 14 — лица и животные вниз головой; 15 — человеческие фигуры; 16 — фигуры; 17 — шум, голоса; 18 — шум; 19, 20 — шум барабана; 21, 22 — вкусовые галлюцинации; 23 — ощущение движения в языке; 24, 25, 26 — вестибулярные галлюцинации; 27, 28, 29 — насильственно издаваемые звуки; 30 — насильственное издавание слов

иной мозговой структуры (одного из компонентов функциональной системы) может проявляться в полном или частичном выпадении ее функции либо в патологическом изменении режима ее деятельности (угнетении, раздражении, смены принципа работы). То общее, что может быть обнаружено в изменениях, регистрируемых при выпадении или искажении каких-либо физиологических или «обслуживаемых» ими психических функций, по сути и есть изменения нейропсихологического фактора. *Фактор — это обобщенный и связанный с определенным динамически локализованным нейронным ансамблем смысл его работы.*

Инструментом выделения нейропсихологических факторов является синдромный анализ, включающий три этапа осмысления регистрируемых изменений психической деятельности.

1. Качественная квалификация нарушений психических функций с объяснением причин возникших изменений.

2. Анализ и сопоставление первичных и вторичных расстройств, т. е. установление причинно-следственных связей между непосредственным источником патологии и возникающих по закону системной организации функций производных расстройствах. В частных случаях таким последствием может быть полный распад соответствующей психической функции. К числу третичных нарушений иногда относят компенсаторные перестройки той или иной функциональной системы в ответ на возникшее поражение с целью замещения пораженного звена.

3. Изучение состава сохранных ВПФ, облегчающее дифференциальную топическую диагностику.

В отношении детского возраста психологическая оценка нарушений развития или локальных поражений мозга не может быть полной, если она не учитывает также и отклонений от среднего возрастного развития, на котором находится ребенок, или особенностей *дизонтогенеза* (расстройства индивидуального развития), вызванного болезненным процессом или его последствиями. Различные виды психического дизонтогенеза ребенка могут обусловливаться как автономным влиянием биологических или социальных факторов, так и их сложной комбинацией, отличающейся по механизмам воздействия на различных этапах развития организма.

Выготский выделял следующие факторы, определяющие аномальное развитие.

Время возникновения первичного дефекта. Общим для всех видов аномального развития является раннее возникновение первичной патологии. Дефект, возникший в раннем детстве, когда не сформировалась вся система функций, обусловливает наибольшую тяжесть вторичных отклонений. Из-за системного строения психики вторичные отклонения становятся причиной недоразвития других психических функций. Например, недоразвитие слуха может приводить к нарушениям речевых функций, а те, в свою очередь, — к нарушению интерперсональнх отношений. Чаще повреждаются подкорковые функции, имеющие короткий цикл развития в онтогенезе. Корковые функции, имеющие более длительный период развития, при раннем вредном воздействии чаще страдают или временно задерживаются в своем развитии.

Степень выраженности первичного дефекта. Различают два основных вида дефекта. Первый из них — частный, обусловленный дефицитом отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. Второй — общий, связанный с нарушением регуляторных систем. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции. Указывают на два основных типа дизонтогенеза — ретардацию и асинхронию (Ушакова и Ковалева). Под *ретардацией* понимают запаздывание или остановку психического развития. Нейрофизиологической основой парциальной (частичной) ретардации является нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем. Характерным признаком *асинхронии* является выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других функций и свойств. Это становится основой дисгармоничного развития психики в целом. Следует отличать асинхронию от физиологической гетерохронии, т. е. разновидности созревания церебральных структур и функций, что наблюдается при нормальном психическом развитии.

Особо рассматривают третий тип дизонтогенеза, в основе которого лежит преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования у ребенка. Чрезвычайно важен анализ связи фиксируемых симптомов с критическими или сенситивными периодами в развитии функциональных систем, гетерохронностью созревания мозга, особенностью вертикальных, внутриполушарных и межполушарных взаимодействий, промежуточными и окончательными стадиями формирования наиболее поздно созревающих ассоциативных структур мозга. Для детского мозга в целом характерна более высокая пластичность, вследствие чего нейропсихологические симптомы отчетливо проявляются лишь при бурно развивающихся патологических процессах или непосредственно в ближайшие сроки после мозговых поражений.

Из-за несовпадения концепций различных авторов и сложности самого понятия нейропсихологического фактора при попытках классифицировать многообразный сходный эмпирический материал возникают различные варианты основных смысловых нагрузок, составляющих содержание конкретного фактора. В качестве относительно самостоятельных могут быть рассмотрены следующие.

Модально-неспецифический (*энергетический*) *фактор* — связан с работой глубинных отделов мозга. Они закладываются еще во время внутриутробного развития, но обеспечить стабильность баланса возбуждения и торможения в первые годы жизни еще не могут. Дозревание этих церебральных отделов продолжается после рождения. Феноменологически неспецифический фактор выражается степенью активности мозговых структур в континууме «сон—бодрствование», что предполагает участие прежде всего отделов, имеющих отношение к витальным потребностям и жизнеобеспечению организма (на уровне темперамента в данном контексте принято говорить о стеничных и астеничных людях). В этих же рамках реализуется управление биологическими ритмами. Черепно-мозговые травмы, даже протекающие без видимых симптомов, недостаточность в работе сердечно-сосудистой системы, неблагоприятные экологические и метеорологические влияния, интоксикации различного рода, последствия инфекционных заболеваний относятся к биологическим причинам, снижающим уровень активности глубинных структур и мозга в целом. К аналогичным по результатам психогенным предпосылкам относятся стрессовые ситуации, длительные переживания (особенно хронические конфликты), недозированные психические нагрузки. Эти обстоятельства приводят к нарушению гармонии в смене фаз активности и бодрствования, повышенной утомляемости, замедленному включению в деятельность, колебаниям ее продуктивности, расстройствам сна. Наиболее отчетливо слабость фактора энергетического обеспечения обнаруживается в процессах памяти и внимания: запомненное быстро забывается, особенно после выполнения какого-либо действия после запоминания (следы «затираются» по принципу интерференции); внимание становится колеблющимся, встречаются трудности его распределения и переключения, возникает повышенная истощаемость к концу выполнения задания.

Кинетический фактор — связан с работой ассоциативных премоторных отделов мозга и обеспечением такой составляющей психической деятельности, как возможность естественного и целесообразного перехода от одного элемента к другому при выполнении различных действий — цепи последовательно сменяющих

друг друга шагов. В реальной жизни к таким действиям относятся разнообразные двигательные акты, осуществляемые в форме кинетических (мелодических) схем. При нарушениях данного фактора в случае мозговой патологии или при его несформированности у детей элементы движений выполняются изолированно, двигательный цикл характеризуется прерывистостью, затрудняется быстрая и плавная смена включенных в движение компонентов. Особенно ярко эти черты обнаруживаются в моторном обеспечении письма и рисования. В более выраженных случаях недостаточности кинетического фактора могут возникать своеобразные застревания на каком-то фрагменте движения, приводящие к его неоднократным повторениям. В письме это проявляется в неконтролируемых повторах букв и их частей, особенно в тех случаях, когда буквы содержат сходные по написанию элементы. В графических действиях каждая линия вырисовывается отдельно или воспроизводится многократно в виде штрихов. Становится невозможным остановить ранее начатое движение. Все отмеченные аномальные механизмы относятся и к речевой моторике, поскольку она требует плавной смены артикуляции и перехода от слова к слову при построении высказывания: пропускаются согласные в тех словах, где они сочетаются («страшный–срашный»), а также появляется телеграфный стиль с преимущественным употреблением существительных в именительном падеже или глаголов в неопределенной форме. Предполагается, что такие особенности речи могут быть связаны не только с ее внешней, собственно моторной составляющей, но и с последовательным развертыванием смысловой схемы высказывания, представленной во внутреннем плане. Динамика мыслительного процесса также теряет свою плавность. Это может проявляться в замедленном понимании арифметических задач, в необходимости многократного прочитывания условий, в счетных операциях, которые плохо автоматизируются. Слабость кинетического фактора обнаруживается и при решении логических задач, в которых необходим переход к новому алгоритму решения.

Модально-специфический фактор — связан с работой тех зон мозга, куда стекается информация от органов чувств и в которых обеспечивается восприятие с одновременным вводом получаемой информации в системы памяти. Периферические рецепторные аппараты и соответствующие зоны мозга являются закономерно взаимодействующими системами, причем работа одного анализатора в определенные возрастные периоды или при определенных условиях может активировать работу другого (у детей тактильная рецепция важна для формирования представления о букве, обоняние и вкус функциональны и по пространственной мозговой организации тесно связаны с эмоциями и т. п.). В группе модально-специфических факторов особое место занимает восприятие звуков речи. Модально-специфические нарушения в зрительной, слуховой, кожно-кинестетической и двигательной сферах проявляются в виде гностических дефектов, вторичных дефектов праксиса, специфических мнестических нарушений (ослабления соответствующего типа памяти).

Кинестетический фактор — частный случай модально-специфического фактора. Он обеспечивает передачу и интеграцию сигналов, поступающих от рецепторов, расположенных в мышцах, суставах и сухожилиях, и несущих информацию о взаимном расположении моторных аппаратов в их статическом состоянии или

в режиме движения. Корковым представительством данного фактора является передняя часть теменной области, дополнительно привлекающая функциональные возможности осязания и зрительного анализатора (по отношению к различным предметам одно и то же пространственное действие может осуществляться по-разному). Исключения составляют речевая моторика и формирование артикуляции, которые обычно протекают на доминирующей кинестетической основе без участия зрения, но с определенным уровнем акустического контроля. Существенную роль кинестетический фактор играет в формировании представления о схеме собственного тела, образа телесного Я, на чем впоследствии строится более сложное представление ребенка о себе и его самоидентификация как необходимое условие развития личности. Внутренняя рабочая модель собственной схемы тела у ребенка в основном формируется за первые шесть лет жизни. Примером устойчивости работы этого фактора может служить синдром ампутированной конечности, при котором ранее сформировавшаяся схема тела продолжает себя реализовывать в виде ощущения болей или чувства движения в фактически отсутствующей руке или ноге (фантомные ощущения).

Пространственный фактор — обеспечивает различные уровни переработки пространственных параметров и отношений внешней среды, является одной из наиболее сложных форм психического отражения. Его реализация — необходимое условие адаптивного поведения человека, существующего в упорядоченном мире предметов, которые расположены относительно друг друга. Учет всей совокупности многомерных характеристик протяженности и взаимоположения позволяет активно преобразовывать среду и передвигаться в ней. Потеря чувства пространства приводит к тревоге, дискомфорту и неуверенности. Структурная организация мира представлена человеку в трех основных составляющих — реальное пространство окружающей среды, аналогичное ему представление о пространстве во внутреннем плане и так называемое квазипространство, которому нет аналогов в реальном мире. В последнем случае речь идет об отражении упорядоченности пространства и его компонентов в понятийно-знаковой и символьной форме, исторически выработанной человеком для обобщения представлений о мире для передачи их другим людям и мыслительных операций с абстракциями. Ярким и наиболее распространенным примером последнего является семантическое пространство. Формирование квазипространства — существеннейший компонент и результат обучения. Пространственный фактор является продуктом работы ассоциативной теменной, особенно нижнетеменной, области мозга, занимающей промежуточное положение между церебральными отделами, которые обеспечивают наиболее высокий уровень переработки информации зрительной, слуховой и тактильной модальности (зона перекрытия).

Фактор произвольной-непроизвольной регуляции психической деятельности. В произвольную регуляцию деятельности включают: 1) постановку целей действий в соответствии с мотивами, потребностями, актуальными и прогнозируемыми задачами; 2) планирование (или программирование) путей достижения цели с выбором оптимальных способов действий и определения их последовательности; 3) контроль за исполнением выбранной из уже имеющихся в индивидуальном опыте или создаваемой в данной момент программы с возможностью ее измене-

ний по ходу выполнения (это требует постоянного сличения цели с промежуточными результатами, а также отказа от возникающих в процессе достижения цели побочных действий и ассоциаций). Этот фактор связан с работой лобных отделов мозга.

В регуляции поведения ребенка самым слабым звеном является контроль, что проявляется в недоведении действия до конечного результата, соскальзывании на побочные действия или ассоциации, в отсутствии проверки после окончания задания. Анатомическая и функциональная готовность лобных отделов мозга начинает оформляться к 7 годам, что отражает способность соответствующих нейронных ансамблей в первые годы жизни ребенка динамически адаптироваться к вероятностным характеристикам среды и кумулировать собственный опыт на уровне индивида. С другой стороны, многочисленные данные указывают на то, что произвольный уровень регуляции ВПФ связан не только с лобными долями, но и с работой левого «реченесущего» полушария (у правшей), а непроизвольный, автоматизированный — с работой правого полушария. Таким образом, смысловая ось фактора произвольности—непроизвольности проходит через мозг как бы диагонально — от левой лобной доли к правой теменно-затылочной области.

Фактор осознанности-неосознанности психических функций и состояний имеет два разнокачественных, но взаимосвязанных источника. С одной стороны, он ориентирован на речевую систему, обеспечивающую возможность вербального отчета о собственных психических процессах и в этом аспекте его морфологической базой является левое полушарие. С другой стороны, поражения правого полушария значительно чаще, чем поражения левого, сопровождаются *анозогнозией*. Подобные больные имеют тенденцию отрицать у себя наличие той или иной недостаточности, либо у них возникают феномены игнорирования, неосознаваемости левой половины тела, левой части зрительного или слухового пространства. Осознанность и произвольность являются взаимодополняющими и неразрывными характеристиками целостной, собственно человеческой деятельности и поведения. Поэтому они в принципе не могут рассматриваться отдельно, и это надо учитывать при анализе реализующих их мозговых структур.

Фактор сукцессивности (*последовательности*) *организации ВПФ*. Сам факт жизни во временнóм пространстве объективно обусловливает последовательное получение информации тем или другим анализатором. Отражаемая реальность становится доступной для восприятия только в случае ее дискретного (по частям) предъявления, что наиболее ярко проявляется в восприятии речи — звуков, слов и фраз. Аналогичная закономерность реализуется и в самостоятельном высказывании, равно как и в некоторых аспектах понятийного мышления, где последовательно воспроизводится шаговый механизм восхождения от простых конкретных понятий к категориям высокого уровня обобщенности. Двигательные навыки также реализуются во времени при поэтапном выполнении. Этот принцип обработки информации более представлен в левом полушарии.

Фактор симультанности (*одновременности*) *организации ВПФ*. Это вторая сторона принципа работы перцептивных и гностических функциональных систем. Синхронное поступление информации по многим каналам сразу позволяет осуществлять целостную и одновременную ее обработку. К примерам такого рода

можно отнести узнавание знакомых или ожидаемых объектов (например, лиц), припоминание сложных образов, узнавание времени на часах, ориентировку в знакомой местности, т. е. все случаи наглядного синтеза. В интеллектуальной деятельности приходится встречаться с феноменами редко осознаваемого одномоментного решения задач без выполнения промежуточных действий. Фактор симультанности более представлен правым полушарием. Сукцессивность и симультанность тесно связаны между собой по принципу «часть и целое», причем целое не является результатом механического соединения частей, а часть имеет смысл только в контексте целого. Например, восприятие речи происходит сукцессивно, а ее понимание — симультанно. Функция взаимодополнительности этих двух стратегий исполняется через мозолистое тело. В онтогенезе сукцессивность, симультанность и их межполушарное взаимодействие формируются постепенно, несинхронно и имеют большие индивидуальные различия.

Фактор межполушарного взаимодействия — это обеспечение совместной деятельности левого и правого полушарий как целостной системы. Морфологически он привязан к работе мозолистого тела и других комиссур мозга, важнейшими из которых являются четверохолмие и зрительная хиазма. Операции по перерезке мозолистого тела и исследования больных с поражениями различных его отделов показали, что у людей с «расщепленным мозгом» возникает особый синдром, включающий ряд симптомов, меняющихся на разных стадиях послеоперационного периода. Их содержание иллюстрирует ненормальное раздельное функционирование двух полушарий. В частности, прооперированный не может перенести навыки, выработанные на одной половине тела, на другую, связать образ предмета, обрабатываемый правым полушарием, с его вербальным обозначением, формирующимся в левом.

Общемозговой фактор связан не с самим мозгом, а с теми системами, которые обеспечивают его полноценную работу: с кровообращением, ликворообращением, гуморальными влияниями, биохимическими процессами и др.

Фактор работы глубоких подкорковых структур изучен недостаточно, проявляется как составная часть ряда синдромов, возникающих при раздражении или деструкции таламуса и прилежащих областей. Существенный вклад в разработку этого фактора внесен исследованиями Бехтеревой и ее школой.

Представленные факторы не составляют исчерпывающего списка всех содержательных проекций работы мозга на психическую жизнь, поскольку многообразие симптомов и их комбинаций, а также вариаций работы здорового мозга предполагает и многообразие способов их обобщения. Существеннейшим обстоятельством для любого представления о конкретном нейропсихологическом факторе является поиск его места в логике последовательного анализа всех внешне наблюдаемых проявлений (от субъективно улавливаемых до объективно методически или аппаратурно зафиксированных) с целью адекватной оценки как состояния психики больного человека, так и объема, локализации и качественных сторон поражения его мозга.

Методы нейропсихологического исследования. Выделение нейропсихологического фактора, определяющего характер симптомов и синдромов, возникающих в результате мозговой патологии, может осуществляться с помощью широкого

набора приемов обследования испытуемого или больного, описываемых как методы нейропсихологической диагностики. Задачи, решаемые с их помощью при системном анализе нарушений ВПФ, могут быть сгруппированы следующим образом (Глозман):

- топическая диагностика поражения или недоразвития (атипичного развития) мозговых структур;
- дифференциальная ранняя диагностика ряда заболеваний ЦНС, дифференциация органических и психогенных нарушений психического функционирования, его индивидуальных различий, нормального и патологического старения;
- описание картины и определение уровня нарушений психических функций: определение пораженного (несформированного) блока мозга (в понимании термина Лурия), первичного дефекта и его системного влияния;
- определение причин и профилактика различных форм аномального психического функционирования: дизадаптации, школьной неуспеваемости и др.;
- оценка динамики состояния психических функций и эффективности различных видов направленного лечебного или коррекционного воздействия: хирургического, фармакологического, психолого-педагогического, психотерапевтического и др.;
- разработка на основе качественного анализа нарушенных и сохранных форм психического функционирования стратегии и прогноза реабилитационных или коррекционных мероприятий;
- разработка и применение систем дифференцированных методов восстановительного или коррекционно-развивающего обучения, адекватных структуре психического дефекта.

В зависимости от задачи и направленности нейропсихологического обследования применяемые методы могут быть стандартизованными (одни и те же задания для всех пациентов) или гибкими (разные задания, специфичные для каждого пациента); могут быть сгруппированы или отбираться «штучно» для оценки узкоспециализированной функции и проводиться как индивидуальное обследование; могут быть количественными (психометрическими), т. е. сфокусированными на достижении результата (выполнение или невыполнение теста в нормативно заданное время), или качественными, ориентированными на процесс и специфические особенности выполнения задания больным, квалификацию ошибок, допущенных при тестировании, и опирающимися на нейропсихологическую теорию.

К наиболее разработанным и распространенным методам оценки синдромов в нейропсихологии относится система приемов, сведенная Лурия в логически целостный блок и направленная на характеристику клинического «поля факторов», т. е. выявления и описания принципиальных сторон психических потерь при локальных поражениях мозга без явной точной количественной их оценки. Эта схема включает: 1) формальное описание больного, историю его болезни и результаты различных лабораторных и аппаратурных обследований (ЭЭГ, биохимия и т. п.); 2) общее описание психического статуса больного — состояние сознания, способность ориентироваться в месте и времени, уровень критики и эмоциональ-

ного фона; 3) исследования произвольного и непроизвольного внимания; 4) исследования эмоциональных реакций на основании жалоб больного, по оценке им лиц на фотографиях, сюжетных картин; 5) исследования зрительного гнозиса — по реальным объектам, контурным изображениям, при предъявлении различных цветов, лиц, букв и цифр; 6) исследования соматосенсорного гнозиса с помощью проб узнавания объектов на ощупь, на прикосновение; 7) исследования слухового гнозиса при узнавании мелодий, при локализации источника звука, повторении ритмов; 8) исследования движений и действий при выполнении последних по инструкции, при установке позы, а также оценивание координации, результатов копирования, рисования, предметных действий, адекватность символических движений; 9) исследования речи — через беседу, повторение звуков и слов, называние предметов, понимание речи и редко встречаемых слов, логико-грамматических конструкций; 10) исследования письма — букв, слов и фраз; 11) исследования чтения — букв, бессмысленных и осмысленных фраз и неверно написанных слов; 12) исследования памяти — на слова, картинки, рассказы; 13) исследования системы счета; 14) исследования интеллектуальных процессов — понимания рассказов, решения задач, правильности окончания фраз, понимания аналогий и противоположностей, переносного и обобщающего смысла, умения классифицировать.

Предлагаемые методы адресуются преимущественно к произвольному, осознанному, т. е. опосредованному речью, уровню осуществления психических функций и в меньшей степени к непроизвольным автоматизированным или неосознанным психическим функциям. Для расширения спектра использования измерительных процедур могут дополнительно создаваться специальные сенсибилизированные условия — ускоряться темп подачи стимулов и инструкций, увеличиваться объем стимульного материала, возможно его предложение в зашумленной форме. За последние годы система методов нейропсихологического исследования обогатилась новыми разработками, предполагающими как усовершенствование уже известных приемов, так и введение в практику новых измерительных процедур. Были разработаны количественные критерии выполнения проб, учитывающие принципы стандартизации исследований и сравнимость полученных результатов, введены диагностические коэффициенты и возрастные нормы, обоснованы методологические принципы, способствующие разработке новых инструментов исследования, в том числе и специальной экспериментальной аппаратуры (Вассерман, Дорофеева, Меерсон, Глозман).

Проблема состава и направленности комплекса приемов, адекватных для достижения той или иной нейропсихологической диагностической цели, решается в каждом конкретном случае исходя из индивидуального подхода, системности в динамической организации функций и всесторонности охвата симптомов, развитие которых подлежит прогнозированию. Исследование целесообразно планировать так, чтобы оно позволяло не только фиксировать расстройства, но и выявлять его механизмы. При поврежденном мозге интерпретация полученных результатов должна отражать и компенсаторные следствия, особенно актуальные при длительных сроках болезни.

Анализаторные системы

Общие принципы работы анализаторных систем. *Анализатор* — это многоклеточный и многоуровневый аппарат, отражающий в виде психических актов ощущения и восприятия физические и химические параметры внешней и внутренней среды организма. Это модально специализированный аппарат получения информации. Первые попытки гистологически и функционально описать работу коркового представительства различных анализаторных систем относятся к 1905 г. и принадлежат австралийскому ученому Кэмпбеллу. Формирование всего анализаторного спектра человека в процессе эволюции явилось результатом совершенствования способности отражать в состоянии своего организма как системы и мозга как управляющего органа этой системы основных, наиболее вероятных качественных и количественных характеристик внешней среды, значимых для поддержания внутреннего динамического равновесия. При этом дифференцировка пространственных и временны́х свойств окружающих объектов относится к наиболее общим характеристикам, проецируемым на любую модальность раздражителя.

Помимо структурной схожести все анализаторные системы и функционируют на основе общих принципов:

- анализа информации с помощью нейронов-детекторов, специализирующихся на формировании возбуждения, вызываемого вполне определенным физическим или химическим раздражителем;
- параллельной многоканальной переработки информации, которая может осуществляться благодаря по крайней мере трем формам повышения надежности восприятия — тиражированию раздражения многочисленными рецепторами одного анализатора; дублированию воспринимаемого объекта парными анализаторами; совместной работе нескольких анализаторных систем;
- последовательного усложнения переработки информации от уровня к уровню, от элементарных различительных способностей периферического рецептора до интегративной деятельности всех ассоциативных зон коры головного мозга;
- селекции информации в промежутке от рецептора до проекционного поля с целью предотвращения ее избыточности (приоритет новизны и изменчивости);
- целостной представленности сигнала в ЦНС во взаимосвязи с другими сигналами, что обусловливает интегрированность чувственного отражения человеком объективной действительности.

Таким образом, работа анализатора от периферического рецептора до проекционного коркового поля построена таким образом, что внутри этого функционального участка благодаря особенностям межнейронного взаимодействия реализовываются принципы суживающейся и (или) расширяющейся воронки. Благодаря первому ограничивается излишек информации, а благодаря второму — повыша-

ется надежность обработки разных признаков сигнала. В разных сенсорных системах эти соотношения представлены неодинаково. Принципиальным аспектом работы любого анализатора в норме является возможность восприятия раздражения лишь при одном из двух условий — либо при наличии объективных изменений во внешнем мире, либо при изменении состояния самого рецепторного аппарата (движение относительно воспринимаемого объекта). Одновременная стабильность этих двух сред приводит к затуханию ощущения. По-видимому, в этом отражается общая связующая функция двигательного анализатора, координирующего работу всех чувствительных систем в различных поведенческих актах, а также роль активности как обязательной предпосылки любого психического процесса. Индивидуализация роли каждого анализатора носит системный характер, объединенный общим для данного человека способом чувствительности — *сенситивностью*. Будучи связанной с возникновением и протеканием независимых от модальности раздражителя сенсомоторных реакций, это индивидуальное свойство при попытке его количественного и качественного шкалирования может проецироваться на тип нервной системы человека в целом.

В нейропсихологии в зависимости от уровня поражения анализаторной системы принято различать два типа расстройств. Это относительно элементарные *сенсорные* расстройства, отражающие нарушения различных видов ощущений (света, цвета, громкости, длительности), связанные с поражением периферических, подкорковых уровней анализаторной системы и первичного коркового поля, и *гностические* расстройства, связанные с поражением вторичных полей, обеспечивающих процессы восприятия (формы, символов, пространственных отношений, звуков речи). Расстройства этого уровня получили название агнозий (термин введен Фрейдом в 1891 г.). *Агнозия* (R48.1) — *расстройства узнавания и восприятия при сохранности элементарной чувствительности и сознания*. В этиологическом отношении их нужно отличать от *псевдоагнозий* — внешне сходных расстройств, возникающих при поражениях лобных долей, ответственных за программирование, регуляцию и контроль процессов восприятия.

Зрительный анализатор, его сенсорные расстройства. Зрительный анализатор состоит из: сетчатки, зрительного нерва, зрительной хиазмы, зрительного канатика (тракта), латерального коленчатого тела, подушки таламуса — здесь заканчиваются некоторые зрительные пути верхних бугров четверохолмия, зрительного сияния и первичного 17-го поля затылочной коры мозга. Типичным для поражения сетчатки (в результате дегенерации, кровоизлияния, глаукомы) является ее односторонность, проявляющаяся в снижении остроты зрения, светоощущения (возможно и при недостатке витамина А, влияющего на палочковое зрение), цветоощущения, в изменении полей зрения или в образовании скотом. Скотома может восприниматься больным как темное пятно или субъективно не ощущается, выявляясь только при специальных исследованиях. Ее неосознание в норме связано с подвижностью глаз, непроизвольно компенсирующей фактическое отсутствие ви́дения небольшой части зрительного поля. Частичные поражения зрительного нерва приводят к невозможности доставки в кору импульсов от соответствующих участков рецептора. При тотальном разрушении зрительного нерва наступает полная слепота соответствующего глаза — *амавроз*, а при патоло-

гическом процессе, окружающем зрительный нерв (по периметру), возможно появление эффекта трубчатого зрения. Все волокна от левых половин сетчаток обоих глаз после прохождения через хиазму направляются в левое полушарие мозга, а от правых — в правое. Таким образом поле зрения каждого глаза разбивается на две половины, одна из которых представлена в противоположном полушарии. Кроме того, хрусталик переворачивает изображение объекта по вертикали и горизонтали. При поражении зрительной хиазмы возникают различные, чаще симметричные, нарушения полей зрения на обоих глазах — *гемианопсии*, которые могут быть полными или частичными (граница между утраченным и сохранным полями проходит в виде вертикальной линии). Поражение зрительных путей приводит к односторонней гемианопсии, противоположной стороне поражения. Оставшаяся часть проводящей системы зрительного анализатора решает две задачи — что собой представляет видимый предмет и где он находится. Этим и объясняется то обстоятельство, что зрительный канатик делится на две неравноценные части волокон. Одна — наибольшая, направляется в латеральное коленчатое тело и далее, через зрительное сияние, в 17-е первичное поле, а вторая, меньшая, — в верхние бугры четверохолмия, в подушку таламуса и в стволовую часть мозга. Последний компонент является одним из источников, поддерживающих общую активность неспецифической системы, бодрствующее состояние человека. При поражении этого отдела заметной патологии со стороны зрения не наблюдается. Если патологический очаг расположен рядом с латеральным коленчатым телом, то возможны эффекты раздражения, похожие на галлюцинации.

При опознавании (идентификации) объекта точная его ориентация, расстояние до него и положение в поле зрения не имеют существенного значения. В идеале система распознавания образов должна игнорировать эти признаки. Но для обнаружения предмета они становятся первостепенными. По-видимому, задачу оценки пространственного расположения стимула решают верхние бугры четверохолмия (эволюционно древние центры зрения). Волокна, выходящие из этих анатомических образований, направляются в систему, контролирующую движения глаз, ориентацию головы и изменение позы. Аналогичную функцию выполняет и подушка зрительного бугра.

Из-за большой площади зрительного сияния оно поражается довольно часто и обычно приводит к неполной лево- или правосторонней гемианопсии. 17-е поле коры расположено преимущественно на медиальной поверхности затылочных долей в виде узкого треугольника, острием направленного в глубь мозга. Оно организовано по топическому принципу таким образом, что в задней его части проецируется бинокулярное зрение, а в передней — монокулярное (этот принцип представленности в ядерной зоне разных частей сетчатки носит название *ретинотопии*). Кроме того, в каждом небольшом участке зрительной коры по ее глубине сконцентрированы нейроны, образующие вертикальные колонки, специализирующиеся на выполнении какой-то зрительной функции (оценке конкретного цвета, направления движения, удаленности). Однотипные колонки, т. е. реагирующие на определенный тип зрительной информации, объединяются в нейронные модули или ансамбли, в свою очередь, осуществляющие сложные формы взаимодействия. Информация о разных признаках зрительных объектов обрабатывается

параллельно в разных частях 17-го поля. При его одновременном полном двустороннем поражении возникает центральная слепота. При массивных односторонних поражениях 17-го поля появляется выпадение полей зрения с одной стороны для обоих глаз (центральная гомонимная гемианопсия), причем при правостороннем очаге поражения больной своего дефекта (левосторонней гемианопсии) может не замечать. Обычно частичное поражение 17-го поля приводит к появлению скотом в обоих полях зрения.

Особенность центральных односторонних поражений в том, что граница между хорошим и плохим участками проходит не в виде вертикальной линии, а в виде полукруга, так как сохраняется зона центрального ви́дения, представленная в обоих полушариях. При двусторонних повреждениях передних отделов 17-го поля возникает двусторонняя гемианопсия, при которой выпадают периферические отделы поля зрения и сохраняется только центральное зрение, т. е. остается телескопическое, или трубчатое, поле зрения. При небольшой патологии первичного зрительного поля могут появиться снижение цветоощущения и *фотопсии*. Все перечисленные нарушения относятся к числу элементарных или сенсорных, значительно или полностью компенсируемых с помощью движений глаз.

Зрительные агнозии. Высшие гностические функции связаны с работой вторичных полей зрительного анализатора, к числу которых относятся 18-е и 19-е, а также прилегающих к ним третичных полей. Они расположены на наружной конвекситальной и медиальной поверхностях затылочных долей больших полушарий. При их экспериментальном раздражении появляются сложные «опредмеченные» зрительные образы (лица, картинки), хранящиеся в долговременной памяти человека и отражающие прежний зрительный опыт субъекта. Повреждения указанных вторичных и третичных корковых полей приводят к патологии, названной *зрительными агнозиями*. При этом элементарные зрительные функции остаются относительно сохранными, а возникающая психическая патология может быть кратко описана формулой: «Видит, но не понимает». Отсутствие единой системы в интерпретации зрительных агнозий приводит к различным принципам их классификаций. При попытке их обобщения вслед за Лурия и Кок обычно выделяют 6 основных форм нарушений.

1. *Предметная* — преимущественно поражаются затылочные или теменно-затылочные области, хотя описаны и случаи задневисочных локализаций. В тяжелых случаях при двусторонних поражениях нарушается зрительное узнавание отдельных реальных предметов и их изображений. Для опознания предложенного объекта больные пытаются его ощупать, а для идентификации пищи должны попробовать ее на вкус (компенсировать дефицит информации ресурсами других анализаторов). В средних по тяжести случаях не узнают схематичные, контурные, перевернутые или наложенные изображения (в пробах Поппельрейтера), возникают затруднения в опознании предметов с недостающими признаками или зашумленных объектов. Для идентификации предмета могут использовать случайно выделенные признаки либо психический механизм опознания заменяют перебором всех фрагментов до случайного совпадения с верным ответом. В наиболее легких случаях увеличивается время тахистоскопического опознания. Иногда

больные не могут представить себе, как выглядит тот или иной объект — здание, памятник, дерево.

2. *Лицевая* (*прозопагнозия*) — поражается правая нижнезатылочная область. Не различаются знакомые, женские, детские и мужские лица (женщина с короткой стрижкой может быть принята за мужчину), не распознаются особенности мимики, в тяжелых случаях не узнается собственное лицо. Для опознания используют вспомогательные приметы — голос, запахи, походка, отдельные фрагменты лица. Лицо с другими предметами не путают. В принципе, это агнозия индивидуализированных признаков при сохранности категориального отношения к образу.

3. *Оптико-пространственная* — поражаются верхние теменно-затылочные области. Больные не ориентируются в знакомом пространстве, теряют способность различать «право-лево», не могут разобраться в географических картах, в положении стрелок на часах, в частях света, не могут мысленно развернуть объект на 90 или 180°. На рисунках лиц не могут расположить их фрагменты, не могут скопировать позу, не распознают букв, имеющих пространственные признаки. В более грубых случаях нарушается ориентировка в координатах «верх-низ». При односторонних поражениях теменно-затылочных отделов справа игнорируется левая часть пространства, которая как бы перестает существовать (не замечается левая часть текста или изображения). Вероятная причина такого дефекта — невозможность симультанного синтеза информации, приходящей от левого и правого полуполей зрения. В частных случаях больные не могут локализовать объекты в пространстве, осложняется оценка их удаленности. При двусторонних теменно-затылочных поражениях руки человека с оптико-пространственной агнозией начинают промахиваться мимо предметов, что является вторичным дефектом праксиса.

4. *Буквенная* — включается не всеми авторами в основную классификацию зрительных агнозий и рассматривается в качестве *литеральной*, или *агностической алексии*. Встречается при поражении границы между затылочной и височной долями слева. Буквы не могут быть прочитаны, поскольку воспринимаются как рисунки без понимания их смысла; смешиваются буквы, близкие по написанию; возникают трудности при переходе от одного шрифта к другому. Иногда больной может прочитать слово, обводя крупно написанные буквы пальцем.

5. *Цветовая* — возникает преимущественно при поражении левой затылочной доли и прилегающих к ней областей, но имеются данные о возможной вовлеченности и левого теменно-височного отдела. Различают собственно цветовую агнозию и нарушения распознавания цветов (цветовую слепоту), что, в частности, может быть связано и с поражением сетчатки или наружного коленчатого тела. При агнозии больные правильно различают отдельные, основные цвета и опознают их, но не в состоянии соотнести цвет с определенным объектом, а также рассортировать объекты по цвету. Теряется способность различать цвета по оттенкам и идентифицировать редко встречаемые цвета (лиловый, терракотовый). Окрашенные поверхности иногда кажутся больным расположенными на более близком расстоянии, чем сами формы. Дефект связи цвета и объекта приводит к стиранию рельефа и контура, цвета поверхностей объектов начинают восприниматься как «плоские» либо как окрашенные массы, не связанные с объектами.

6. *Симультанная* — возникает при поражении передних отделов левой затылочной области. Правильно опознаются отдельные объекты и их детали в зрительном поле или на картинах, но больные не могут установить связь между ними и понять смысл сюжета. Это сочетается с неспособностью чтения слов, но сохранно чтение букв. Иногда подобные нарушения трактуются в рамках с*индрома Балинта*, который описывается как самостоятельная патология при двусторонних поражениях затылочных долей, включающая 3 симптома: а) *психический паралич взора* — больной не может взглянуть в определенном направлении, но если предмет случайно оказался в центре «нарушенного» внимания, то больной видит только его и не воспринимает рядом расположенные объекты; б) *оптическую атаксию* — неуправляемость взора (неспособность взять предмет под контроль зрения из-за непроизвольных скачков глаза, постоянно находящегося в движении); в) *нарушение зрительного внимания*. Помимо перечисленных среди причин симультанной агнозии можно назвать и невозможность согласования в мозгу одновременно приходящих, но различающихся по пространственным характеристикам изображений от двух глаз.

Слуховой анализатор, его сенсорные и гностические расстройства. Слуховой анализатор имеет многоуровневое строение и большое число звеньев: кортиев орган улитки, слуховой нерв (VIII черепно-мозговой), кохлеарные ядра, трапециевидное тело варолиева моста, ядра верхней оливы, мозжечок, латеральную петлю (включающую мелкие лемнисковые ядра) к нижним буграм четверохолмия и медиальному коленчатому телу (МКТ), слуховое сияние, первичное 41-е поле коры височных долей. Благодаря качественной специфике внутри слуховой системы выделяют две самостоятельные подсистемы — речевой и неречевой слух, имеющие общие подкорковые механизмы, но разнесенные по различным областям коры левого и правого полушарий. Речевой слух, в свою очередь, не является однородным и включает в себя слух *фонематический*, обеспечивающий способность различать смыслообразующие звуки данного языка, и *интонационный*, специфичный для каждого национального языка (или местных говоров) и имеющий много общего с музыкальным слухом. Поражения кортиева органа (воспаление, травма) нарушают нормальное восприятие громкости звуков вплоть до ощущения боли либо приводят к потере слуха в конкретном звуковысотном диапазоне. Иногда звуки вообще не воспринимаются. Для дифференциальной диагностики поражений кортиева органа или среднего уха (по функциям — звукопроводящей системы) необходимо иметь в виду, что звуковой раздражитель достигает рецепторного аппарата двумя путями — воздушным, через слуховой проход, и благодаря колебаниям тканей, принимающих участие в звукопроведении и вызывающих резонанс костных оболочек кортиева органа.

Слуховой нерв состоит из волокон, проводящих звуковые и вестибулярные раздражения. При его заболевании появляются ощущения шороха, писка, скрежета и других непредметных звуков (слуховые обманы), к которым у больного есть соответствующая критика. Одновременно они могут сопровождаться головокружениями. Перерезка слухового нерва приводит к глухоте, а частичное повреждение — к потере соответствующим ухом слуха в определенном звуковысотном диапазоне. На уровне продолговатого мозга (кохлеарных ядер) происходит пер-

вый неполный перекрест путей слуховой системы, осуществляющийся на участке между кохлеарными ядрами и верхними оливами. Чтобы обеспечить точную локализацию звука в пространстве, слуховая система должна быть способна различать разницу в приходе акустических раздражителей порядка 10–20 мкс. Нервные сигналы, покинув внутреннее ухо, проходят очень короткое расстояние до верхних олив, где сравнивается информация, поступающая от обоих кортиевых органов. Предположительно именно верхние оливы приспособлены для выполнения функции бинауральной локализации. Эта область отвечает за безусловные рефлексы, в которых принимают участие звуковые ощущения — рефлекторные движения глаз в ответ на звук и старт-рефлексы на опасный звук. Слух как таковой при патологии данной области не нарушается.

Мозжечок собирает проприоцептивную афферентацию, в которой слуховые раздражители, проходящие через продолговатый мозг, выполняют роль дополнительной информации для удержания равновесия. В нижних буграх четверохолмия происходит очередной неполный перекрест слуховых волокон, что позволяет помимо верхних олив этому уровню слуховой системы участвовать в организации акустической «объемности», т. е. оценивать удаленность и пространственное расположение источника звука. Нарушения бинаурального слуха — типичная патология со стороны нижних бугров четверохолмия. Часть волокон слухового пути, заканчивающихся в области сильвиева водопровода, обеспечивают защитные рефлекторные реакции на слуховые радражители необычной силы. В разных участках МКТ представлены разные фрагменты акустической тон-шкалы. Нарушения работы слухового анализатора при поражении МКТ недостаточно хорошо изучены. Возникшая локальная патология приводит к снижению способности воспринимать звуки ухом, противоположным очагу поражения. При эффектах раздражения таламической области возможно появление слуховых галлюцинаций, которые в отличие от слуховых обманов содержат бытовые предметные звуки, голоса, музыкальные звуки и другие имеющие смысл акустические образы. При поражении слухового сияния отмечается ослабление способности воспринимать акустические раздражители противоположным ухом. 41-е поле височной коры организовано по топическому принципу таким образом, что в различных его участках представлены разные по высоте звуки. Очаг поражения, расположенный в 41-м поле одного полушария, не приводит к центральной глухоте на соответствующее ухо, так как слуховая афферентация из-за многочисленных перекрестов слуховых путей поступает одновременно в оба полушария. Однако поражения этого уровня связаны с невозможностью восприятия коротких звуков, что характерно для патологии как левого, так и правого полушария.

Гностические слуховые расстройства появляются в случае поражения 41-го, 42-го и 22-го полей. При обширном поражении коркового уровня слуховой системы правого полушария больной не способен определять значение различных, в грубых случаях — самых простых бытовых предметных звуков и шумов (скрипа дверей, льющейся воды, шелеста бумаги, мычания коровы). Подобные звуки перестают быть носителями определенного смысла, притом что слух остается сохранным и возможно различение звуков по высоте, продолжительности и интенсивности. Это явление носит название *слуховой агнозии*. Обычно встречается более

стертая форма слуховых нарушений в виде дефектов слуховой памяти — неспособность запомнить несколько акустических комплексов, в том числе ритмических структур. Параллельно страдает и слуховое внимание. При двусторонних поражениях извилин Гешля (корковой проекции слуховых путей), что бывает относительно редко, возникает расстройство, описываемое как «*чистая речеслуховая агнозия*». Такие больные похожи на глухих или слабослышащих, часто жалуются на снижение слуха или показывают, что не слышат и не понимают речь, но элементарный слух у них остается сохранным. Здесь также ослабляется слуховое внимание до полного отсутствия реакции на речь, однако все, что больные способны разобрать, поддается и воспроизведению — услышанное слово понимается и может быть написано. Знакомый голос воспринимается лучше, чем незнакомый. Возникшая в детстве речеслуховая агнозия обычно приводит к частичному распаду речи. Специально выделяют такое нарушение неречевого слуха, как *амузия* — нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или отличать одну мелодию от другой, а также писать и понимать ноты. В случае неузнавания и затруднения идентификации коротких мелодических отрывков, аккордов либо тонов по высоте принято говорить о *сенсорной* амузии, а при неспособности спеть или проиграть мелодию на музыкальных инструментах (особенно заболевшими профессиональными музыкантами) — о *моторной*. Иногда больные с амузией начинают оценивать мелодию как болезненное и неприятное переживание, как раздражитель, который вызывает головную боль. Симптоматика сенсорной амузии проявляется в основном при поражении передне-средних отделов правой височной области, а моторной — задних отделов второй лобной извилины. *Аритмия* — при височных поражениях с обеих сторон, что косвенно характеризует и расстройства слуховой памяти. Кроме того, симптомом повреждения правой височной области является изменение близких по механизму формирования *интонационных* компонентов речи — больные не только не различают эмоциональную окраску чужой речи, но и сами теряют модуляционные оттенки, свойственные здоровому человеку, не понимают качественных (вопросительных, утвердительных, восклицательных) характеристик высказывания. Больные могут проговорить, но не могут пропеть фразу и, слыша речь, не способны определить — принадлежит ли она мужчине или женщине. Вторичные отделы левой височной коры у правшей являются основным аппаратом анализа и синтеза речевых звуков, что обеспечивается специальным кодированием звуков с выделением среди них полезных компонентов и абстрагированием от несущественных.

Кожно-кинестетический анализатор, его сенсорные и гностические расстройства. Кожно-кинестетическая чувствительность объединяет несколько частных самостоятельных видов, отличающихся качественными особенностями переживания тех или иных раздражителей. Обычно рассматриваются две группы:

- кожные виды чувствительности, включающие 4 вида рецепции — температурную (холодовая, тепловая), тактильную (к подклассу которой относят ощущения давления), болевую и вибрационную, которая, по-видимому, является эволюционно самой ранней (субъективно дифференцируется от звучащего камертона к костным выступам под кожей);

- проприоцептивная чувствительность, включающая 3 вида рецепции, передающих сигналы из мышц, суставов и сухожилий.

Несколько особняком и под углом зрения иной классификации принято рассматривать висцеральную чувствительность (интероцепцию — со стороны внутренней среды организма), которая также предусматривает наличие болевых сенсорных аппаратов. Проприоцепцию можно определять и как частный вариант интероцепции. В целом кожа человека и его опорно-мышечный аппарат представляют собой огромный комплексный рецептор — периферический отдел кожно-кинестетического анализатора, частично вынесенного наружу для оценки контактных воздействий, учета пространственных характеристик ближайшей окружающей среды и адаптивного соотнесения с ней перемещающегося организма.

Среди кожных видов чувствительности в качестве ценного клинического фактора особо выделяют боль, которую принято подразделять на два вида. Острая (первичная) или эпикритическая (по классификации Хеда) боль имеет физиологическое значение и направлена на восстановление нарушенного гомеостаза. Это боль короткая, подвергается адаптации через 1–2 с, сопровождается сокращением мышц (вздрагиванием, отдергиванием конечности от источника боли) и активирует воспалительные процессы. Во многом подобным реакциям способствуют особенности проводящих путей болевой чувствительности, которые отдают часть коллатералей в стволе головного мозга ретикулярной формации. Считают, что этот вид боли преимущественно выполняет адаптивную функцию. Быстрая, точно локализованная, качественно определенная боль передается в соматосенсорную зону коры, где подвергается относительно быстрому торможению. Поэтому на корковом уровне болевая чувствительность почти не представлена — раздражение коры практически не вызывает периферической боли. Однако эмоциональный компонент боли как переживания может оказаться зависимым от сохранности или функциональной полноценности коры лобных долей. Медленная, стойкая, диффузная, тоническая боль появляется не сразу после раздражения и приводит к иным эффектам — тоническому сокращению мышц, ограничению движений, торможению компенсаторных процессов, ухудшению трофики тканей и др. Эта хроническая (вторичная, протопатическая) боль, вызванная раздражением глубоких структур, передается в лимбическую систему, принимающую участие в формировании общего эмоционального фона. Считается, что высшим центром болевой чувствительности является таламус, где 60% нейронов, в основном вентральных его ядер, четко реагируют на болевые раздражения. В кору головного мозга, в соматосенсорную зону (в заднюю центральную извилину, преимущественно справа), попадает лишь та часть болевых импульсов, которая подлежит целенаправленной переработке. В результате проводимого там анализа создается сознательная оценка качества, места, величины и иных характеристик боли. Эмоционально-мотивационную оценку опасности осуществляют передние отделы левого полушария на стыке лобной доли и лимбической системы. Кора головного мозга обеспечивает сознательные реакции на боль, которые могут быть заторможены исходя из целесообразности того или иного поведения. Вегетативные и гуморальные реакции, обусловленные диэнцефальными отделами мозга, сознательному контролю практически недоступны.

Афферентные раздражения кожно-кинестетического анализатора проводятся по волокнам, различающимся по степени миелинизации и, следовательно, по скорости проведения импульса (волокна типа А, В и С). Волокна всех групп поступают в задние рога спинного мозга. К симптомам раздражения периферической части кожно-кинестетического анализатора, в том числе и задних рогов спинного мозга, относятся парестезии — неприятные ощущения, которые возникают самостоятельно, без нанесения внешних раздражений. Специфической формой симптоматики является боль в отсутствующей конечности — *фантомная боль*, вызванная раздражением перерезанного нерва образовавшимся рубцом. Поражение различных столбов спинного мозга будет приводить к потерям того или иного вида чувствительности. Различные зоны таламуса обрабатывают афферентные импульсы от разных участков тела, т. е. функциональная структура его соответствующих ядер полностью топологична распределению рецепторов в опорно-двигательном аппарате и коже человека. Эффекты раздражения этой зоны возникшим рядом очагом патологии известны под названием *таламического синдрома* (синдрома Дежерина) — резко ослабляется тактильная и глубокая чувствительность, а пороги болевых и температурных ощущений резко повышаются на контралатеральной стороне. Это приводит к тому, что слабые раздражители перестают восприниматься, но при их усилении ощущения сразу начинают оценивать как широко генерализованные и максимальные по интенсивности (прикосновение или капля холодной воды вызывает резкую жгучую боль, распространяющуюся на всю половину тела или конечность, — по принципу «все или ничего»). Это так называемая центральная боль, не связанная с каким-либо патологическим очагом на периферии, сопровождающаяся обычно приступами раздражения, тоски и душевной слабости. Проприоцептивная чувствительность эмоциональной окраски при таламических поражениях не приобретает. В случае полного поражения области таламуса возникает грубое нарушение всех видов чувствительности на противоположной стороне тела. 3-е первичное поле коры, расположенное вдоль роландовой борозды в задней центральной извилине, имеет, как и таламус, четкую соматотопическую организацию, т. е. «точка в точку» репрезентирует различные участки тела. Представленность в коре тех или иных поверхностей кожи или локомоционной системы эквивалентна не их площадям, а функциональной значимости того или иного органа. Проекция кожно-кинестетической чувствительности в коре головного мозга такова, что нижняя часть 3-го поля «обслуживает» анатомические фрагменты головы, средняя — руки, верхняя — тело, а часть задней центральной извилины медиальной поверхности мозга — нижнюю часть ног. Благодаря тому что все виды кожно-кинестетической чувствительности представлены в одних и тех же участках 3-го поля и перекрывают друг друга, этот анализатор имеет единое название. Соответствующее поле одного полушария обслуживает противоположную половину тела, но наиболее значимые органы (кожа и мышцы лица, язык, глаза, кисти рук и стопы), по-видимому, представлены в обоих полушариях одновременно. При раздражении разных участков 3-го поля электрическим током возникают ощущения прикосновения или боли, воспринимаемые как идущие извне. Естественным и первичным результатом локального поражения ядерной зоны кожно-кинестетического анализатора является выпадение или снижение

чувствительности в соответствующих сегментах тела — *анестезия* (R20.0) или *гипестезия* (R20.1), обычно в руке как части тела, имеющей наибольшую проекцию в задней центральной извилине. При больших участках поражения мозга может наблюдаться явление потери чувствительности на всей половине тела, при поражениях меньшего размера — лишь в ограниченных участках на противоположной поражению стороне (*чувствительные скотомы*). Вторичный результат указанной патологии связан с изменением нормальной кинестетической афферентации, являющейся необходимой основой движения. Потери этой чувствительности, придающей двигательным импульсам направленность, обусловливает явление своеобразного *афферентного пареза*, при котором потенциальная мышечная система остается сохранной, но возможность управлять движениями конечностей резко снижается и больной оказывается не в состоянии производить тонкие произвольные действия. Двигательные импульсы теряют четкий «адрес» и перестают доходить до нужных мышечных групп.

Над первичной проекционной кожно-кинестетической корой надстроены вторичные отделы, к которым относятся 1-е, 2-е и 5-е поля, а также третичные 39-е и 40-е поля, теряющие соматотопическую организацию. При их поражении на первый план выступают нарушения комплексных форм чувствительности, проявляющиеся в невозможности синтеза отдельных ощущений в целостные структуры. Это явление носит название *тактильных агнозий* — нарушений узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности. Различают два основных вида. *Тактильная предметная агнозия* — при ощупывании с закрытыми глазами больные не узнают величину и форму предмета, а также затрудняются в оценке его функционального предназначения или не опознают предмет в целом. Особенно трудным является восприятие предметов с учетом трехмерной характеристики или толщины. Это явление носит название *астереогнозиса*. *Тактильная агнозия текстуры объекта* — может встречаться вместе с предметной либо как самостоятельное расстройство. Нарушается способность определять ощупыванием качество материала, из которого сделан предмет, и характер его поверхности. Больные затрудняются в узнавании букв и особенно цифр, рисуемых на коже (проба Ферстера), — *дермолексия*. Обе агнозии возникают при поражении средних и средневерхних отделов задней центральной извилины (зоны кожно-кинестетической проекции рук, кистей и пальцев). Есть также сведения о возможности их возникновения при поражении области надкраевой извилины.

Верхнетеменной синдром в основном выражается в *соматоагнозиях*. *Аутотопагнозии* — расстройства узнавания частей тела и их расположения по отношению друг к другу. Может возникать ощущение увеличения или уменьшения части тела, удвоения конечности, отделения ее от тела. Иногда в качестве самостоятельной формы аутотопагнозии рассматривают *пальцевую агнозию*, связанную с ошибками опознания у себя и других II, III и IV пальцев. *Анозогнозии* — неосознание или недооценка дефектов, вызванных патологическим процесом (например, пареза, паралича). Обычно больной плохо ориентируется в одной левой половине тела и игнорирует ее, что сопровождается поражением правой теменной области мозга. В принципе, такая латеральность в локализации очага патологии способствует

большей выраженности и тактильных агнозий, и верхнетеменного синдрома в целом. Исключение составляет пальцевая агнозия, входящая в синдром Герстмана, очаг поражения при которой располагается в теменно-затылочной области левого полушария.

Кроме того, дефекты вторичных кожно-кинестетических полей сказываются на протекании двигательных процессов. Возникает *афферентная апраксия* — рука теряет способность адекватно приспосабливаться к характеру предмета и превращается в «руку-лопату».

Нейропсихологические механизмы управления поведением

Произвольность регуляции высших психических функций. Все высшие психические функции произвольны по способу своего осуществления. *Произвольность — возможность сознательного управления.* Она предполагает наличие программы, выработанной самостоятельно или заданной в виде формализованной инструкции, постоянный контроль за ее протеканием (куда входят контроль за последовательностью операций и контроль за результатами промежуточных фаз) и контроль за окончательным результатом деятельности, для которого необходимо сличение реального результата с предварительно сформированным его идеальным образом. Произвольность управления психическими функциями также предполагает наличие мотива, в котором могут быть сформулированы предпосылки и цели психической деятельности. Таким образом, высший уровень управления психикой обусловливается двумя факторами — речевым регулированием и осознанностью контроля, удельный вес которого может быть высок при идентификации цели деятельности и конечного результата и относительно низок при отражении самого процесса деятельности. В соответствии с концепцией Лурия о структурно-функциональной организации мозга, с произвольным контролем высших психических функций связан третий блок, мозговым субстратом которого является конвекситальная часть лобных долей с их моторной и премоторной зонами. Особенностью последних является большая индивидуальная изменчивость в расположении отдельных корковых полей, а также их относительно позднее развитие. Это обстоятельство коррелирует с медленным созреванием произвольных форм управления. *Изъятие лобной коры* приводит к двигательному беспокойству и отсутствию целесообразности поведения при сохранности запаса знаний, в том числе профессиональных. При обширных двусторонних поражениях лобных долей мозга больные не только не могут самостоятельно создать какую-либо программу действий, но в тяжелых случаях не могут действовать и в соответствии с внешней инструкцией. Их поведение приобретает пассивный характер вплоть до неподвижности и полного отсутствия интереса к окружающему. Значительную роль помимо лобных долей в этом отношении играют левые височные доли, имеющие непосредственное отношение к речи и вербальному мышлению как регуляторам произвольных действий. Левое полушарие в рассматриваемом контексте имеет более существенное значение по сравнению с правым.

Произвольные движения, механизмы и закономерности их организации. Основой для произвольных (сознательно регулируемых) движений служат кинестетическая афферентация и целенаправленное управление. Движение как специальный процесс, осуществляющийся во времени, состоит из цепи закономерно сменяющихся психофизиологических событий, промежуточным и окончательным итогом которых является внешне наблюдаемое поведение человека, детерминируемое как внутренними потребностями, так и социальными факторами-условиями.

Основные разработки в области физиологии произвольных актов были проведены Бернштейном и Анохиным, проанализировавшими как многоуровневость их регуляции, так и роль в поведении афферентных механизмов. Будучи первым руководителем лаборатории биомеханики движений, Бернштейн отказался от традиционных для начала XX в. методов исследования движений, сопряженных с перерезкой нервов, разрушением центров и обездвиживанием животных. Объектом его изучения стали естественные трудовые, спортивные, бытовые движения нормального, неповрежденного организма человека. В соответствии с доминирующими взглядами того времени, реализация двигательного акта осуществляется следующим образом. На этапе обучения в двигательных центрах формируется и фиксируется программа движения, затем в результате какой-либо стимуляции она возбуждается и в мышцы направляются моторные командные импульсы, приводящие к самому движению. В самом общем виде механизм движения описывался схемой и принципом рефлекторной дуги: стимул — его центральная переработка — двигательная реакция. Основным теоретическим положением, выдвинутым Бернштейном в отношении человеческого поведения, явился тезис, согласно которому сколько-нибудь сложное движение на основе указанного принципа осуществляться не может (но относительно примитивные двигательные акты типа коленного рефлекса или отдергивания руки от огня ему подчиняются). Обусловлено это тем, что сложные движения зависят не только от управляющих сигналов, но и от целого ряда дополнительных факторов, не поддающихся предварительному учету и вносящих в запланированный ход движений множество отклонений (реактивные, инерционные воздействия, внешние влияния, исходное состояние мышц). В результате окончательная цель движений может быть достигнута, только если в него будут вноситься соответствующие поправки или коррекции. Для этого ЦНС должна учитывать реальные параметры текущего движения, т. е. в нее должны непрерывно поступать афферентные сигналы об актуальном положении органа, его отклонении от цели и перерабатываться в сигналы коррекции. Этот механизм регуляции выполнения сложных движений был назван *принципом сенсорных коррекций*. Из него логически вытекал другой принцип, сформулированный Бернштейном в 1934 г., — это принцип *рефлекторного кольца* — относительной замкнутости и непрерывности циркуляции сенсорной кинестетической информации, черпаемой из движения и реализующейся в двигательных актах. Обычный рефлекс в соответствии с этим принципом является лишь частным случаем движения, не нуждающегося в коррекции. Обратив внимание на качество афферентных сигналов, поступающих при движении, Бернштейн пришел к выводу, что существует несколько *уровней их построения*, включая различные морфо-

функциональные слои ЦНС — спинной и продолговатый мозг, подкорковые центры и кору.

Уровень А — руброспинальный — самый низкий и филогенетически самый древний. У человека он обеспечивает такие важные составляющие любой деятельности, как тонус мышц, силовые, скоростные и другие характеристики сокращений мышц, т. е. те аспекты функционирования, которые связаны с сегментарным аппаратом спинного мозга и фоновыми изменениями его возбудимости. Этот уровень также включает немногочисленные движения, регулируемые самостоятельно, — непроизвольную дрожь, стук зубами от холода, быстрое вибрато при игре на некоторых музыкальных инструментах, удержание позы в полетной фазе прыжка и т. п. Патология уровня А проявляется нарушениями тонуса мышц, называемых дистониями, а также треморами покоя и движения.

Уровень В — синергий (таламо-паллидарный) — согласованных действий мышц-антагонистов. Он определяет всю внутреннюю структуру пластики, сочетание отдельных слагаемых двигательных комплексов в сложные соединения. Здесь обеспечиваются мышечные синергии во времени, т. е. правильные чередования отдельных комплексов движений в общем ритме, что и обусловливает некоторый элемент штампованности самих движений. Особенностью организации функционирования этого уровня является специфическая организация афферентного потока — деятельность дистантных анализаторов на обеспечение функционального состояния этого уровня практически не влияет. На этом уровне перерабатываются сигналы от мышечно-суставных рецепторов, которые сообщают о взаимном положении и движении частей тела. Общий итог работы этого уровня выступает в качестве таких врожденных особенностей моторики, как ловкость, грациозность, пластика (например, при исполнении вольной гимнастики), проявляется в индивидуальных особенностях движений, в том числе в мимике и пантомимике. По образному выражению Бернштейна, в случаях патологии этого уровня «из глубин моторики вылезают уродливые, гротескные фоны без фигур и передних планов, без смысла и адекватности... спазмы, обломки древних движений... непроизвольные рычания и вскрикивания — психомоторные химеры, безумие эффекторики». Следующие уровни построения движений являются кортикальными.

Уровень С — пространственного поля. Функционирует с учетом всей информации о внешнем пространстве, получаемой через дистантные рецепторы (включая зрительный и слуховой), и имеет выраженный целевой характер, обращенный во внешний мир. Движения имеют вектор и ясные начальные и конечные координаты. К этому уровню относятся все переместительные движения — ходьба, лазанье, прыжки, акробатические движения, упражнения на гимнастических снарядах, баллистические движения при метании, игра на бильярде, стрельба из винтовки. Патология этого уровня сопровождается нарушениями пространственной координации (*дистаксией* или *атаксией*), равновесия, локомоции и точности (меткости).

Уровень Д — предметных действий, которые не являются врожденными, а формируются и совершенствуются в процессе накопления опыта. Это монопольно человеческий, корковый уровень, обеспечивающий операции с предметами.

Особенностью движений, исполняемых с привлечением этого уровня, является то, что они сообразуются с логикой структуры объекта, т. е. являются действиями (одна и та же цель может быть достигнута разными способами). Примерами исполнения действий на этом уровне являются манипуляции жонглера, фехтовальщика, все бытовые движения, работа гравера, хирурга, управление автомобилем.

Уровень E — интеллектуальных двигательных актов — речевых движений, письма, символических движений, кодированной речи (жестов глухонемых, азбуки Морзе), хореографических движений.

По Лурия, реальным анатомическим и функциональным образованием, включенным в реализацию двигательного акта, помимо собственно моторных зон является почти вся кора больших полушарий. Передние отделы мозга связаны с построением разворачивающихся во времени кинетических программ двигательного акта, а задние отделы — с их кинестетическим и пространственно-обусловленным обеспечением. Если же конкретизировать эфферентные механизмы произвольных движений, то традиционно к ним относят две взаимосвязанные, но относительно автономные системы — *экстрапирамидную* и *пирамидную*, корковые отделы которых составляют единую сенсомоторную зону коры. Обе системы реально представляют единый эфферентный механизм, различные уровни которого отражают этапы эволюции становления двигательных функций.

Экстрапирамидная система — обеспечивает сравнительно простые автоматизированные движения. Она управляет в основном непроизвольным компонентом движений, к которому относятся поддержание позы, регуляция физиологического тремора, физиологические синергии, общая согласованность двигательных актов, их интеграция и пластичность. (Объем произвольных движений по сравнению с тоническими составляет около 10%.) Структурный состав экстрапирамидной системы среди исследователей окончательно не согласован. Традиционно в ней различают корковый и подкорковый отделы. К первому относят 6-е, 8-е поля моторной коры и 1-е и 2-е поля сенсомоторной области. Подкорковый отдел сложен и включает стриопаллидарную систему, некоторые ядра таламуса, красное ядро и черную субстанцию ножек мозга, мозжечок и ретикулярную формацию продолговатого мозга. Выход экстрапирамидной системы в спинной мозг осуществляется через красное ядро. Заканчивается эта проводящая система также на передних рогах спинного мозга. Поражения подкорковой части экстрапирамидной системы приводит к *динамическим* (собственно движения) и *статическим* нарушениям (позы). Для повреждений стриопаллидарной системы характерны: общая неподвижность, сопровождающаяся мышечной слабостью (*адинамия*), трудности передвижения, могут появиться насильственные движения в руке, ноге или головой — *гиперкинезы* (F98.4). Так же возникают нарушения мышечного тонуса, составляющего основу позы, регистрируются нарушения мимики и пантомимики в виде маскообразного лица, насильственного смеха или плача. Эти, иногда сложные, гиперкинезы никогда не складываются в целенаправленные координированные действия, хотя внешне могут напоминать умышленное гримасничанье, кривляние и нарочитые ужимки — хорея (I02), паркинсонизм (G20). Патология бледного шара и черной субстанции ножек мозга приводит к нарушению пластического тонуса мышц (при исполнении движений возникает *феномен «зубчатого коле-*

са»), а патология мозжечка как одной из структур экстрапирамидной системы — к расстройствам координации двигательных актов. Другой симптом, наблюдаемый при наследственных заболеваниях с поражением экстрапирамидной нервной системы, а также при поражении базальных ганглиев разной этиологии (травма, инфекции, интоксикации), — это *атетоз* — медленный дистонический гиперкинез, «ползущее» распространение которого в разных отделах конечностей придает непроизвольным движениям червеобразный или змееобразный характер. При вовлечении мышц туловища и лица напоминает корчи. Нарушения других отделов экстрапирамидной системы изучены слабее.

Пирамидная система (кортико-спинальный путь) — начинается от крупных пирамидных клеток Беца, находящихся в основном в 5-м слое моторной коры 4-го поля передней центральной извилины. Это первичное поле, различные участки которого связаны с иннервацией соответствующих групп мышц. Проекция его кинетической регуляции примерно аналогична топологии 3-го первичного поля кинестетического анализатора. Кроме того, моторные клетки Беца обнаруживаются в 6-м и в 8-м полях прецентральной зоны коры и даже в некоторых постцентральных отделах, что расширяет традиционные представления о корковом начале пирамидного пути. Помимо обычных (стимулирующих) в пирамидной системе обнаружены и корковые зоны, раздражение которых приводит к прекращению уже начавшихся движений. Пирамидная система участвует в организации преимущественно точных, дискретных, дозированных, пространственно-ориентированных движений, в подавлении мышечного тонуса и полностью подчинена произвольному контролю. Раздражение моторных зон вызывает комплексные движения контралатеральных рук и ног, а при усилении раздражения — и ипсилатеральные конечности. Раздражение нижних отделов прецентральной области вблизи височной доли вызывает, как правило, двусторонние движения в виде чмокания, жевания или глотания. При перерезке волокон пирамидной системы исчезают точность и координированность моторики, в движения начинают вовлекаться большие группы мышц, их исполнение становится «детским». Выпадение функций пирамидного пути проявляется в невозможности произвольных движений. Наибольшую роль в их реализации играют дистальные отделы конечностей, особенно верхних, где индивидуализация движений наиболее значительна. Независимо от того, на каком уровне повреждается связь между передней центральной извилиной и «обслуживаемой» мышцей, последняя перестает сокращаться и наступает ее паралич на стороне тела, противоположной очагу поражения. Однако характер паралича оказывается различным в зависимости от локализации повреждения. Повышение мышечного тонуса — первый основной признак *центрального* паралича, получившего название *спастического*. Периферические поражения вызывают вялый *атонический* паралич.

Апраксии и их классификация. Нарушения произвольных движений и действий относятся к сложным двигательным расстройствам, которые связаны с поражением коркового уровня вигательных функциональных систем. Этот вид патологии получил название апраксий. *Апраксия* (R48.2) — *нарушение произвольных целенаправленных действий, не связанное с элементарными двигательными расстройствами, грубыми нарушениями мышечного тонуса и тремора*. Естественно,

что возможно и сочетание этих видов патологии. На поверхности коры больших полушарий мозга человека можно выделить две зоны, при поражении которых либо из-за нарушений замысла, либо из-за потери способности «приводить предметы в нужные пространственные соотношения или приводить в соответствующие пространственные отношения свои руки или другие части тела» (Сепп) страдают целенаправленные движения, абстрагированные от функции отдельных мышечных групп. Это зона премоторных отделов лобных долей и зона 40-го поля теменных долей с прилегающими к ней отделами. До настоящего времени нет общепризнанной классификации апраксий. Исторически более ранней и получившей широкую известность является классификация апраксий, предложенная в начале века Липманном, выделившим 3 формы.

Кинетическая — возникает при поражении премоторных отделов коры. Нарушается выполнение простых действий, в том числе жестов, больные не могут самостоятельно есть, одеваться и т. п. Общая схема действий сохранена, но символические акты («помахать рукой на прощание», «погрозить пальцем») не могут быть исполнены. Движения становятся неловкими, нечеткими, создается впечатление, что они теряют свою цель (но координация мышц-антагонистов не нарушена). Есть предположение, что эта форма апраксии является симптомом слабовыраженного поражения пирамидного пути. Это нельзя считать вполне верным, поскольку в последнем случае наиболее заметными становятся мышечная слабость и уменьшение объема движений, что в данном симптомокомплексе отсутствует.

Идеомоторная — двустороннее поражение нижней части левой теменной доли (надкраевой извилины), что и приводит к двусторонним симптомам. Если дефект правосторонний, то страдает выполнение действий левыми конечностями. Нарушается выполнение действий по команде (по заданию больной не может сжать кулак, зажечь спичку), но спонтанно они осуществляются правильно. Особенно затруднены действия без объекта (не может показать, как пилят дрова, размешивают сахар). В отличие от кинетической апраксии символические действия выполняются легко. В качестве специализированных форм идеомоторной апраксии выступают: оральная (связанная с заданиями посвистеть, почмокать), апраксия туловища (больной не может правильно расположить тело в пространстве для ходьбы и сидения), апраксия одевания, возникающая при поражении теменной доли справа.

Идеаторная (апраксия замысла) — всегда двусторонняя по проявлениям и возникает при поражении нижнетеменных долей левого полушария (угловой, надкраевой извилин), по другим данным — лобно-теменных долей или вообще при диффузных поражениях мозга. Встречается в изолированном виде довольно редко и заключается в том, что больной способен выполнить каждый отдельный фрагмент сложного двигательного акта, но становится беспомощным, когда их необходимо связать в единое целое. Начав движение, он часто переключается на другое, ненужное движение, отвлекается. При идеомоторной апраксии больной не знает, как осуществить действие, а при идеаторной — в какой последовательности. В качестве самостоятельного и часто встречающегося вида рассматривается *конструктивная апраксия*. Она возникает при поражении теменных долей (угловой извилины) и левого и правого полушарий. Больные не способны изобразить или срисовать даже простые геометрические фигуры — искажаются кон-

туры, не дорисовываются детали (например, звезда может изображаться в виде деформированного треугольника), не складываются фигуры из палочек (спичек) или кубиков. Особые трудности возникают у больного при манипулировании с трехмерными предметами и изображениями, а также при попытках копирования незнакомых «неоречевленных» фигур. Иногда конструктивную апраксию, связанную с левосторонним очагом поражения, рассматривают под углом зрения гностических нарушений пространственных отношений. При правополушарных поражениях симптоматика имеет свою специфику, в тяжелых случаях сводящуюся к полному «игнорированию» левого пространства — части рисуемых образов или складываемых конструкций.

На отличной теоретической основе, используя синдромный анализ, Лурия предложил иную классификацию апраксий и выделил четыре формы, разработанные в основном по материалам поражений левого полушария.

1. *Кинестетическая* — возникает при поражении нижних отделов постцентральной области — движения становятся недифференцированными, плохо управляемыми (наблюдается симптом «рука-лопата»), больные не могут правильно воспроизвести позу рук, не могут без предмета показать, как совершается действие, — нарушается проприоцептивнаякинестетическая афферентация двигательного акта. При усилении зрительного контроля движения корректируются. По своим клиническим проявлениям эта форма апраксии является производным аналогом вышерассмотренных идеаторной и идеомоторной, которые часто сочетаются при диффузных поражениях теменной доли.

2. *Пространственная* — возникает при поражении теменно-затылочных отделов, особенно при поражении левого полушария. В ее основе лежат расстройства зрительно-пространственных синтезов, нарушения представлений «верх-низ» и «право-лево» при сохранности зрительных функций, но на фоне оптико-пространственной агнозии. Наблюдается апраксия позы, ухудшается выполнение сложных действий (больные не могут одеться, застелить постель). При левосторонних поражениях возникают трудности правильного написания букв, различно ориентированных в пространстве. Усиление зрительного контроля не помогает. Производной формой от этих специфических предпосылок становится вышеупоминавшаяся *конструктивная апраксия* (хорошо идентифицируемая при манипуляциях с кубиками Коса, кубом Линка, доской Сегена).

3. *Кинетическая* (*эфферентная*) — поражаются нижние отделы премоторной области — 6-е и 8-е поля. Связана с временной организацией программы двигательных актов и различных психических функций. Проявляется в виде нарушения последовательности выполнения элементов движений — персевераций.

4. *Регуляторная* — возникает при поражении конвекситальной префронтальной коры кпереди от премоторных отделов. Протекает на фоне сохранного мышечного тонуса и мышечной силы, но с отключением сознательного контроля за выполнением действий, в результате чего нужные движения заменяются на шаблонные. При грубых формах у больныхнаблюдаются подражательные повторения движений экспериментатора. Наибольшие трудности вызывает смена программ движений (после письма больной рисует треугольник, обводя его стороны, как при письме).

Проблема речи в нейропсихологии

Речь и ее нарушения, афазии. Речь — высшая форма передачи информации с помощью акустических сигналов, письменных или пантомимических знаков. Ее социальная функция — обеспечение общения. В интеллектуальном аспекте — это механизм абстрагирования и обобщения, создающий основу категорий мышления. Существуют два относительно самостоятельных вида речи. *Экспрессивная* (громкая, выразительная, рождаемая) речь — начинается с мотива и замысла (программы высказывания), проходит стадию внутренней речи, обладающую свернутым характером, и переходит в стадию высказывания; ее разновидность — речь письменная, которая по осуществлению, в свою очередь, может быть самостоятельной или под диктовку. *Импрессивная* (понимающая) речь — начинается с восприятия речевого высказывания через слух или зрение (через чтение), проходит стадию декодирования (выделения информативных компонентов) и завершается формированием во внутренней речи общей смысловой схемы сообщения, ее соотнесением с семантическими (смысловыми) структурами и включением в определенный смысловой контекст (собственно понимание), без которого даже грамматически правильные предложения могут оставаться непонятными.

Устная речь и устное речевое высказывание формируются до 2–3 лет, в то время как письмо и чтение, связанные с овладением грамотой, — существенно позднее. В возрасте 4–5 месяцев возникает «лепетная речь», к 6 месяцам в речи ребенка начинают встречаться фрагменты, благодаря ударению и мелодике напоминающие слово. Этапами формирования речевой коммуникации ребенка являются овладение произвольной слухоречевой памятью и восприятием, использование в целях коммуникации интонационных средств речи, а также формирование фонематического слуха. Заменяя более ранний сенсорный и моторный опыт, знания об окружающем мире благодаря речи начинают базироваться на операциях с символами. В возрасте 5–7 лет начинается формирование внутренней речи, которая помимо собственно мыслительной стороны несет нагрузку программирования как замысла высказывания, так и сложного поведения. Эти различия в генезе и психологической структуре разных форм гностической деятельности находят свое отражение и в их мозговой организации. Начало исследований мозговой организации речевой деятельности человека было положено работами Брока и Вернике. Они показали структурную дифференцированность нарушений речи в случаях локальной патологии мозга, а не общее снижение речевых возможностей. Исторически первым названием зарегистрированного снижения речевой деятельности по предложению Брока стал термин «афемия» (aphemia), но в 1864 г. Труссо предложил для подобных расстройств термин «афазия» (R47.0), который и закрепился в науке. К речевым зонам помимо 41-го первичного поля слухового анализатора относят вторичные отделы височной коры (42-е и 22-е поля), некоторые отделы конвекситальной поверхности левого полушария, а также лобные доли мозга, при поражении которых делается малодоступным понимание сложных форм речи и тем более подтекста сложных высказываний. Кроме того, некоторые исследователи особо выделяют небольшое дополнительное моторное поле, расположенное

в верхней части медиальной поверхности лобных долей, которое активируется при поражении других речевых зон.

Несмотря на относительное территориальное разобщение, все речевые зоны объединены внутрикорковыми связями (пучками коротких и длинных волокон) и действуют как единый механизм. Кооперация различных речевых областей происходит следующим образом. После прохождения по слуховым путям акустическая информация попадает в первичную слуховую кору и для выделения в ней смысла передается в зону Вернике, расположенную в непосредственной близости от третичных полей, где при необходимости осуществляются операции абстракции и формирование системы отношений между лингвистическими единицами внутри фразы.

Для произнесения слова необходимо, чтобы представление о нем через группу волокон, называемых дугообразным пучком, из зоны Вернике поступило в зону Брока, расположенную в нижней лобной извилине. Следствием этого является возникновение детальной программы артикуляции, которая реализуется благодаря активации части моторной коры, управляющей речевой мускулатурой. Экспрессивно-эмоциональное окрашивание высказывания, как и интонационное различение речи, требует связи левой коры с ресурсами правого полушария. Для осуществления сложного законченного высказывания как упорядоченной во времени последовательности моторных действий необходимо привлечение лобных конвекситальных отделов. Если речевая информация поступает через зрительный анализатор (как результат чтения), то пришедшие сигналы после первичной зрительной коры направляются в область угловой извилины, которая обеспечивает ассоциацию зрительного образа слова с его акустическим аналогом с последующим извлечением смысла в зоне Вернике. Вместе с тем только внутрикорковой обработки информации для обеспечения целостности речевой деятельности недостаточно, поскольку рассечение участков коры между речевыми зонами не приводит к ее заметным нарушениям. По-видимому, это объясняется тем, что взаимодействие между указанными зонами происходит не только по горизонтали, но и по вертикали — через таламо-кортикальные связи.

Из клинического опыта известно, что наиболее выраженные речевые расстройства возникают при левосторонних поражениях коры, что традиционно трактовалось в пользу соответствующей полушарной доминантности по речи. Однако ряд фактов — отсутствие речевых двигательных расстройств при повреждениях зоны Брока во время удаления части лобных долей (лоботомии), восстановление речи у больных с нарушенной двигательной активностью (кататонией) после удаления в правом полушарии зоны, симметричной зоне Брока, и др. — явились прецедентами, указывающими на роль взаимодействия полушарий. Кроме того, было установлено, что при возникновении патологии в различных участках коры, отвечающих за речь, их функции берут на себя сохранившиеся отделы как левого, так и правого полушария. Таким образом, благодаря широте распределенности в мозге речевых структур можно говорить об их известной полифункциональности, причем принципиально важным является не роль какой-либо ограниченной зоны, а сохранение возможности их полноценного взаимодействия. При этом участие одной из них в том или ином звене речевого акта является обязательным. Таким

звеном, без которого осуществление речевого акта невозможно, у взрослого человека и является левополушарная кора.

Афазии (R47.0) — речевые расстройства при локальных поражениях левого полушария и сохранности движений речевого аппарата, обеспечивающего членораздельное произношение, при сохранности элементарных форм слуха. Их надо отличать от: *дизартрий* (R47.1) — нарушений произношения без расстройства восприятия речи на слух (при поврежденных артикуляционном аппарате и обслуживающих его подкорковых нервных центрах и черепно-мозговых нервах); *аномий* — трудностей называния, возникающих при нарушениях межполушарного взаимодействия; *дислалий* (*алалий*) — расстройств речи в детском возрасте в виде исходного недоразвития всех форм речевой деятельности и *мутизма* — молчания, отказа от общения и невозможности речи при отсутствии органических нарушений ЦНС и сохранности речевого аппарата (возникает при некоторых психозах и неврозах). При всех формах афазий помимо особой симптоматики обычно регистрируют нарушения рецептивной речи и слухоречевой памяти. Существуют различные принципы классификаций афазий, обусловленные теоретическими взглядами и клиническим опытом их авторов. В соответствии с 10-й Международной классификацией болезней принято выделять две основные формы афазий — рецептивную и экспрессивную (возможен смешанный тип). Действительно, к этим двум смысловым акцентам в формализации речевых нарушений тяготеет большинство регистрируемой симптоматики, но не исчерпывается ими. Ниже представлен вариант классификации афазий, основанный на системном подходе к высшим психическим функциям, разработанном в отечественной нейропсихологии Лурия.

1. *Сенсорная афазия* (нарушение рецептивной речи) — связана с поражением задней трети верхней височной извилины левого полушария у правшей (*зона Вернике*). В ее основе лежит снижение фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав речи, что проявляется в нарушении понимания устного родного языка вплоть до отсутствия реакции на речь в тяжелых случаях. Активная речь превращается в «словесную окрошку». Одни звуки или слова заменяются другими, сходными по звучанию, но далекими по смыслу («голос-колос»), правильно произносятся только привычные словва. Это явление носит название *парафазии*. В половине случаев наблюдается речевое недержание — *логорея*. Речь становится бедной на существительные, но богатой на глаголы и вводные слова. Нарушается письмо под диктовку, однако понимание читаемого лучше, чем услышанного. В клинике встречаются стертые формы, связанные с ослаблением способности понимать быструю или зашумленную речь и требующие для диагностики применения специальных проб. Принципиальные основы интеллектуальной деятельности больного остаются сохранными.

2. *Эфферентная моторная афазия* (нарушения экспрессивной речи) — возникает при поражении нижних отделов коры премоторной области (44-е и частично 45-е поле — *зона Брока*). При полном разрушении зоны больные произносят только нечленораздельные звуки, но их артикуляционные способности и понимание обращенной к ним речи сохранены. Часто в устной речи остается лишь одно слово или сочетание слов, произносимых с разной интонацией, что является по-

пыткой выразить свою мысль. При менее грубых поражениях страдает общая организация речевого акта — не обеспечиваются его плавность и четкая временна́я последовательность («кинетическая мелодия»). Этот симптом входит в более общий синдром премоторных нарушений движений — *кинетической апраксии*. В подобных случаях основная симптоматика сводится к нарушениям речевой моторики, характеризующимся наличием двигательных персевераций, — больные не могут переключиться от одного слова к другому (приступить к слову) и в речи, и на письме. Паузы заполняются вводными, стереотипными словами и междометиями. Возникают парафазии. Другим содержательным фактором эфферентной моторной афазии являются трудности в использовании речевого кода, приводящие к внешне наблюдаемым дефектам амнестического типа. На всех уровнях устной самостоятельной речи, чтения и письма забываются законы языка, в том числе и орфографии. Стиль речи становится телеграфным — используются преимущественно существительные в именительном падеже, исчезают предлоги, связки, наречия и прилагательные. Зона Брока имеет тесные двусторонние связи с височными структурами мозга и функционирует с ними как единое целое, поэтому при эфферентной афазии встречаются и вторичные трудности в восприятии устной речи.

3. *Амнестическая афазия* — неоднородна, многофакторна и в зависимости от доминирования патологии со стороны слухового, ассоциативного или зрительного компонента может встречаться в трех основных формах: акустико-мнестическая, собственно амнестическая и оптико-мнестическая афазия.

Акустико-мнестическая афазия характеризуется неполноценностью слухоречевой памяти — сниженной способностью удерживать речевой ряд в пределах 7 ± 2 элементов и синтезировать ритмический узор речи. Больной не может воспроизвести длинное или сложное по построению предложение, во время поиска нужного слова возникают паузы, заполняемые вводными словами, ненужными подробностями и персеверациями. Производно грубо нарушается повествовательная речь, пересказ перестает быть адекватным образцу. Лучшая передача смысла в таких случаях обеспечивается избыточной интонированностью и жестикуляцией, а иногда речевой гиперактивностью.

В эксперименте лучше запоминаются элементы, находящиеся в начале и в конце стимульного материала, начинает страдать номинативная функция речи, улучшающаяся при подсказке первых букв. Интервал предъявления слов в разговоре с таким больным должен быть оптимальным исходя из условия «пока не забыли». В противном случае страдает и понимание сложных логико-грамматических конструкций, предъявляемых в речевой форме. Для лиц с акустико-мнестическими дефектами характерно явление *словесной реминисценции* — лучшего воспроизведения материала через несколько часов после его предъявления. Существенную роль в структуре причинности этой афазии играют нарушенное слуховое внимание и сужение восприятия. В номинативной функции речи на уровне образа этот дефект проявляется в нарушении актуализации существенных признаков предмета: больным воспроизводятся обобщенные признаки класса предметов (объектов), и вследствие неразличения сигнальных признаков отдельных предметов они уравниваются внутри данного класса. Это приводит к равновероятности выбора

нужного слова внутри семантического поля (Цветкова). Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средне-задних отделов левой височной доли (21-е и 37-е поля).

Собственно *амнестическая* (*номинативная*) *афазия* проявляется в трудностях называния редко употребляемых в речи предметов при сохранности объема удерживаемого речевого ряда на слух. По услышанному слову больной не может опознать предмет или назвать предмет при его предъявлении (как и при акустико-мнестической форме страдает функция номинации). Производятся попытки заменить забытое название предмета его назначением («это то, чем пишут») или описанием ситуации, в которой он встречается. Появляются затруднения при подборе нужных слов в фразе, они заменяются речевыми штампами и повторениями сказанного. Подсказка или контекст помогает вспомнить забытое. Амнестическая афазия является результатом поражения задне-нижних отделов теменной области на стыке с затылочными и височными долями. При этом варианте локализации очага поражения амнестическая афазия характеризуется не бедностью памяти, а чрезмерным количеством всплывающих ассоциаций, из-за чего больной оказывается неспособным к выбору нужного слова.

Оптико-мнестическая афазия — вариант расстройства речи, редко выделяемый в качестве самостоятельного. Он отражает патологию со стороны зрительного звена и более известен под названием *оптической амнезии*. Ее возникновение обусловлено поражением задне-нижних отделов височной области с захватом 20-го и 21-го полей и теменно-затылочной зоны — 37-го поля. При общемнестических речевых расстройствах типа номинации (называния) объектов в основе данной формы лежит слабость зрительных представлений о предмете (его специфических признаках) в соответствии с воспринятым на слух словом, а также самим образом слова. У этих больных нет каких-либо зрительных гностических расстройств, но изображать (рисовать) предметы они не могут, а если рисуют, то упускают и недорисовывают значимые для опознания этих предметов детали.

Из-за того что удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухо-речевой памяти, более каудально (букв. — к хвосту) расположенные очаги поражения в пределах левого полушария усугубляют потери со стороны зрительного звена речевой системы, выражающиеся в *оптической алексии* (нарушении чтения), которая может проявляться в виде неузнавания отдельных букв или целых слов (литеральная и вербальная алексия), а также нарушений письма, связанных с дефектами зрительно-пространственного гнозиса. При поражении затылочно-теменных отделов правого полушария нередко возникает односторонняя оптическая алексия, когда больной игнорирует левую сторону текста и не замечает своего дефекта.

4. *Афферентная* (*артикуляторная*) *моторная афазия* — является одним из самых тяжелых речевых расстройств, возникающих при поражении нижних отделов левой теменной области. Это зона вторичных полей кожно-кинестетического анализатора, уже теряющих свою соматотопическую организацию. Ее повреждения сопровождаются возникновением кинестетической апраксии, включающей как составляющую апраксию артикуляционного аппарата. Эта форма афазии обусловливается, по-видимому, двумя принципиальными обстоятельствами:

во-первых, распадом артикуляторного кода, т. е. потерями специальной слухоречевой памяти, в которой хранятся комплексы движений, необходимых для произнесения фонем (отсюда — затруднения дифференцированного выбора способов артикуляции); во-вторых, выпадением или ослаблением кинестетического афферентного звена речевой системы. Грубые нарушения чувствительности губ, языка и нёба обычно отсутствуют, но возникают трудности синтеза отдельных ощущений в целостные комплексы артикуляторных движений. Это проявляется грубыми искажениями и деформациями артикулем во всех видах экспрессивной речи. В тяжелых случаях больные вообще становятся похожими на глухих, а коммуникативная функция осуществляется с помощью мимики и жестов. В легких случаях внешний дефект афферентной моторной афазии состоит в трудностях различения звуков речи, близких по произношению (например, «д», «л», «н» — слово «слон» произносится как «снол»). Такие больные, как правило, понимают, что они неверно произносят слова, но артикуляционный аппарат не подчиняется их волевым усилиям. Незначительно нарушается и неречевой праксис — они не могут надуть одну щеку, высунуть язык. Указанная патология вторично приводит и к неправильному восприятию «трудных» слов на слух, к ошибкам при письме под диктовку. Молчаливое чтение сохраняется лучше.

5. *Семантическая афазия* — возникает при поражении на границе височных, теменных и затылочных областей мозга (или области надкраевой извилины). В клинической практике встречается достаточно редко. Долгое время изменения речи при поражении этой зоны оценивались как интеллектуальный дефект. При более тщательном анализе выяснилось, что для данной формы патологии характерно ослабленное понимание сложных грамматических конструкций, отражающих одновременный анализ и синтез явлений. Они реализуются в речи через многочисленные системы отношений: пространственные, временны́е, сравнительные, родовидовые, выраженные — в сложных логических, инвертированных, фрагментно разнесенных формах. Поэтому в первую очередь в речи таких больных нарушается понимание и употребление предлогов, наречий, служебных слов и местоимений. Эти нарушения не зависят от того, читает ли больной вслух или про себя. Появляется дефектность и замедленность пересказа коротких текстов, часто превращающихся в неупорядоченные обрывки. Детали предложенных, услышанных или прочитанных текстов не улавливаются и не передаются, но в спонтанных высказываниях и в диалоге речь оказывается связной и свободной от грамматических ошибок. Отдельные слова вне контекста также прочитываются с нормальной скоростью и хорошо понимаются. По-видимому, это обусловлено тем, что при глобальном чтении привлекается такая функция, как вероятностное прогнозирование ожидаемого смысла. Семантическая афазия обычно сопровождается и нарушениями счетных операций — *акалькулией* (R48.8). Они непосредственно связаны анализом пространственных и квазипространственных отношений, реализуемых третичными зонами коры, сопряженными с ядерной частью зрительного анализатора.

6. *Динамическая афазия* — поражаются области, кпереди и сверху прилегающие к зоне Брока. В основе динамической афазии лежит нарушение внутренней программы высказывания и реализации ее во внешней речи. Исходно страдает замы-

сел или мотив, направляющий развертывание мысли в поле будущего действия, где «представлены» образ ситуации, образ действия и образ результата действия. В итоге возникает речевая адинамия или дефект речевой инициативы. Понимание готовых сложных грамматических конструкций нарушается незначительно или вообще не нарушается. В тяжелых случаях самостоятельные высказывания у больных отсутствуют, при ответе на вопрос они отвечают односложно, часто повторяя в ответе слова вопроса (эхолалия), но без произносительных затруднений. Совершенно невозможно написание сочинения на заданную тему из-за того, что «мыслей нет». Выражена тенденция к использованию речевых штампов. В легких случаях динамическая афазия экспериментально выявляется при просьбе назвать несколько предметов, относящихся к одному и тому же классу (например, красные). Особенно плохо актуализируются слова, обозначающие действия, — не могут перечислить глаголы или эффективно использовать их в речи (нарушается предикативность). Критика к своему состоянию снижена, а стремление таких больных к общению ограничено.

7. *Проводниковая афазия* — возникает при крупных очагах поражения в белом веществе и коре средне-верхних отделов левой височной доли. Иногда она трактуется как нарушение ассоциативных связей между двумя центрами — Вернике и Брока, что предполагает вовлеченность и нижнетеменных отделов. Основной дефект характеризуется выраженными расстройствами повторения при относительной сохранности экспрессивной речи. Воспроизведение большинства речевых звуков, слогов и коротких слов в основном возможно. Грубые литеральные (буквенные) парафазии и дополнения лишних звуков к окончаниям встречаются при повторении многосложных слов и сложных предложений. Нередко воспроизводятся только первые слоги в словах. Ошибки осознаются, и делаются попытки их преодолеть с продуцированием новых ошибок. Понимание ситуативной речи и чтения сохранено, причем, находясь среди знакомых, больные говорят лучше. Поскольку механизм нарушения функций при проводниковой афазии связан с нарушением взаимодействия между акустическим и двигательным центрами речи, иногда этот вариант речевой патологии рассматривается либо как разновидность слабовыраженной сенсорной, либо афферентной моторной афазии. Последняя разновидность наблюдается лишь у левшей при поражении коры, а также ближайшей подкорки задних отделов левой теменной доли либо в зоне ее стыка с задневисочными отделами (40-е, 39-е поля).

Помимо указанных в современной литературе можно встретить устаревшее понятие «транскортикальной» афазии, позаимствованное из классификации Вернике—Лихтгейма. Она характеризуется явлениями нарушения понимания речи при сохранном ее повторении (по этому признаку она может быть противопоставлена проводниковой афазии), т. е. описывает те случаи, когда нарушается связь между смыслом и звучанием слова. По-видимому, «транскортикальная» афазия также обусловливается парциальным (частичным) левшеством. Разнообразие и равноценность речевой симптоматики свидетельствует о *смешанной афазии*. *Тотальная афазия* характеризуется одновременным нарушением произношения речи и восприятия смысла слов и возникает при очень больших очагах либо в острой стадии заболевания, когда резко выражены нейродинамические расстройства. С умень-

шением последних выявляется и конкретизируется одна из вышеуказанных форм афазий. Поэтому нейропсихологический анализ структуры нарушений ВПФ целесообразно проводить вне острого периода заболевания. Анализ степени и темпа восстановления речи свидетельствует о том, что в большинстве случаев они зависят от размеров и локализации очага поражения. Грубый речевой дефект с относительно плохим восстановлением речи наблюдается при патологии, распространяющейся на корково-подкорковые образования двух-трех долей доминантного полушария. При поверхностно расположенном очаге таких же размеров, но без распространения на глубокие образования, речь восстанавливается быстро. При небольших поверхностных очагах, расположенных даже в речевых зонах Брока и Вернике, происходит, как правило, значительное восстановление речи. Вопрос о том, могут ли глубокие структуры мозга играть самостоятельную роль в развитии речевых расстройств, остается открытым.

В связи с исследованиями глубоких структур мозга, имеющих непосредственное отношение к речевым процессам, возникла проблема дифференцирования афазий от категориально иных нарушений речи, получивших название *псевдоафазий*. Их появление связано со следующими обстоятельствами. Во-первых, при операциях на таламусе и базальных ядрах с целью уменьшения моторных дефектов — гиперкинезов (F98.4), паркинсонизма (G20) — сразу после вмешательства у таких больных появляются симптомы речевой адинамии в активной речи и в способности повторять слова, а также возникают затруднения в понимании речи с увеличенным объемом речевого материала. Но эти симптомы неустойчивы и вскоре подвергаются обратному развитию. При повреждениях полосатого тела помимо собственно двигательных нарушений возможны ухудшения координации двигательного акта как моторного процесса, а при дисфункции бледного шара — появление монотонности и безинтонационности речи. Во-вторых, псевдоафазические эффекты возникают при операциях или при возникновении органической патологии в глубине левой височной доли в тех случаях, когда не затрагивается кора головного мозга. В-третьих, особый тип речевых расстройств, как уже указывалось, составляют явления аномии и дисграфии, которые возникают при рассечении мозолистого тела вследствие нарушений межполушарного взаимодействия.

Нарушения речи, встречающиеся при поражениях левого полушария мозга в детском возрасте (особенно у детей до 5–7 лет), также протекают по иным законам, чем афазия. Известно, что люди, перенесшие удаление одного из полушарий на первом году жизни, в дальнейшем развиваются без заметного снижения речи и ее интонационного компонента. В то же время накоплены материалы, свидетельствующие о том, что при ранних поражениях мозга нарушения речи могут возникать независимо от латерализации патологического процесса. Эти нарушения стерты и в большей степени касаются слухоречевой памяти, а не других аспектов речи. Восстановление речи без серьезных последствий при поражениях левого полушария возможно до 5 лет. Срок этого восстановления, по разным данным, колеблется от нескольких дней до 2 лет. В конце периода полового созревания возможность формирования полноценной речи уже резко ограничена. Сенсорная афазия, появившаяся в возрасте 5–7 лет, чаще всего приводит к постепенному исчезновению речи, и ребенок в дальнейшем не достигает ее нормального развития.

Нарушения речи при поражениях правого полушария. Доминирование левого полушария в отношении речи является относительным и пересматривается в направлении функциональной специализации полушарий. До 4-летнего возраста правое полушарие почти также функционально обеспечивает речь, как и левое, но по мере совершенствования грамматического строя языка начинает постепенно утрачивать эту свою способность и передавать ее левому полушарию. Свидетельством существенной роли правого полушария в обеспечении речевых функций в раннем возрасте является и то, что у детей нарушения речи при правополушарной патологии возникают значительно чаще, чем у взрослых (до 5 лет в 13–35% случаев по сравнению с 3% у взрослых). Существует гипотеза, согласно которой в нормальных условиях левое полушарие по мере созревания мозолистого тела начинает оказывать активное тормозящее влияние на лингвистические способности правого. Левое полушарие отчетливо преобладает при наиболее сложных произвольных формах речи и других психических функциях, опосредованных системой речевых связей, тогда как правое после 5 лет начинает специализироваться на регуляции нелингвистических компонентов речи и речевых автоматизмах (последние произносятся как единое целое, не поддающееся разложению на звуковые единицы).

Формирующаяся в раннем детстве способность дифференцировать интонационные характеристики речи реализуется у взрослого (правши) правым полушарием. Им же распознаются голоса знакомых людей. В правом полушарии хранятся звуковые и слоговые сочетания, сопровождающие пение без слов. Этим же полушарием осуществляется глобальное восприятие и воспроизведение звукового абриса (контурного, линейного изображения) слова, что позволяет больным с весьма выраженной афазией не только понимать ситуативную речь, оперировать интонациями, понимать содержание юмористических текстов и смысла, но и сохранять способность к чтению отдельных слов или раскладыванию надписей к картинкам. Правое полушарие в известной степени хранит в своей памяти сведения об элементарном числе и соотносит это понятие с символами-цифрами как иероглифами, чем объясняется некоторая сохранность счета даже при тяжелых моторных афазиях. Клинические исследования показывают, что при поражении правого полушария у праворуких могут возникать слабо выраженные речевые расстройства, названные *дисфазиями*. При удалении левой полусферы в некоторых случаях речь целиком не разрушается — больные понимают некоторые отдельные вопросы, дают на них краткие ответы, выполняют простые речевые инструкции, требующие ответа в невербальной форме. При правосторонних поражениях в височной и лобно-центральной зонах наблюдаются нарушения речи в виде снижения речевой инициативы, монотонности высказывания, изменения тональности голоса, силы звучания, изменения темпа речи (замедления или ускорения), легких артикуляционных затруднений, похожих на акцент. Нейропсихологические исследования по инактивации полушарий показывают, что наиболее заметным признаком речевой патологии при правополушарной блокаде являются нарушения эмоциональных компонентов речи, проявляющиеся и в собственно речевой экспрессии, и в понимании эмоционально окрашенной речи собеседника — исчезает идентификация интонационно-выразительных компонентов. Теряется способ-

ность узнавания эмоций по речевому высказыванию, из-за чего страдает коммуникативная функция речи в целом.

Проблема афазий у левшей. Левши отличаются от правшей по частоте афазий и иной зависимости от поражения правого или левого полушарий. Нарушение речи у некоторых больных с поражением правого полушария мозга заставило Брока допустить существование «определенного числа людей, у которых естественное превосходство извилин правого полушария мозга» изменяет явление связи ведущей руки и локализации одного из центров речи на обратное. Это соображение вошло в литературу как «правило Брока»: полушарие, контролирующее речь, расположено на стороне, противоположной ведущей руке. Стало утверждаться упрощенное представление о том, что правое полушарие мозга левшей является доминантным в отношении речи таким же образом, как левое полушарие у правшей. Это противоречило тому факту, что нарушения речи у правшей при локализации очага поражения в правом полушарии возможны в том случае, если у больного регистрируется *левшизм по слуху* (и наоборот, если он правша по слуху). Согласно данным литературы, у 40,7% леворуких афазия возникает при поражении правого полушария мозга, но данные о возможном возникновении афазии у правшей при поражении правого полушария разноречивы — от 1,8 до 37,5%. Есть данные о вероятности афазий при поражениях левого и правого полушария в соотношении 0,95 к 0,05 у праворуких и 0,24 к 0,76 — у леворуких. Одним из «онтогенетических» объяснений указанных фактов является то, что если ребенка с младенчества жестко переучивать с левой руки на правую, то возникает значительная задержка развития вторичных (речевых) зон в субдоминантном для левши полушарии, поскольку в нем отсутствует «аппарат» первичной соматотопической проекции первичных кинестетических зон, над которыми могли бы надстроиться вторичные зоны. Задержка формирования вторичных зон второго функционального блока и приводит к задержке речевого развития ребенка-левши.

Нейропсихологические синдромы полимодального генеза

Рассматриваемые ниже варианты психической патологии, вызываемые локальными поражениями мозга, из-за сложности этиологии могут анализироваться под двумя углами зрения — и как производные речевых расстройств, и как результат дефектов со стороны гностических мозговых аппаратов.

Алексия (*дислексия* — R48.0) — расстройство чтения; у детей — стойкая избирательная неспособность овладеть навыком чтения при достаточном уровне интеллектуального и речевого развития в оптимальных условиях обучения и при отсутствии нарушений слухового и зрительного анализаторов. Основным нарушением является неспособность овладеть слогослиянием и автоматизированным чтением целых слов, что может сопровождаться недостаточным пониманием прочитанного. Среди ведущих причин дефектов письма и чтения фигурируют левшество или амбидекстрия («равнорукость»), приводящие не только к изменениям ориентировки в сторонах тела, но и во внешнем пространстве; нарушения запоминания и воспроизведения временной последовательности событий; нарушения ска-

нирующих движений глаз; аномально медленное функционирование некоторых клеточных систем (из-за малых размеров соответствующих нейронов), отвечающих за формирование быстродвигающихся низкоконтрастных образов, что может иметь отношение не только к зрительной, но и слуховой системе. Таким образом, дислексии могут быть обусловлены дефектами «фонематического», оптического и оптико-гностического, пространственно-апрактического, моторного, мнестического и семантического факторов. Выделяют две основные формы первичной алексии, связанные с локальными поражениями определенных участков мозга, — агностическую (литеральную) и вербальную. Вторичные алексии достаточно часто развиваются при различных вариантах афазий и зависят от их формы.

Агностическая алексия возникает при очагах в основании левой затылочной доли, часто с захватом прилежащих отделов височных и теменных областей и сопровождается нарушением узнавания отдельных букв. Больные путают буквы, сходные по начертанию, затрудняются в подборе одинаковых букв разных шрифтов (печатных, прописных, стилизованных, заглавных), т. е. утрачивают способность к обобщенному восприятию буквы. Нередко нарушается чтение арифметических знаков. Иногда больные с задержками и паузами могут прочесть слова, написанные крупными печатными буквами, узнавая их по рисунку, но при этом стиль чтения остается «малограмотным». Письмо у больных с агностической алексией, как правило, сохранено, но прочесть то, что сами написали, они не могут. Перестав быть значимой графемой, буква превращается в «иероглиф», который при списывании срисовывается или копируется.

Вербальная (*аграфическая*) *алексия* — возникает при поражении теменной доли (угловой извилины) левого полушария, но очаг может смещаться и в сторону затылочной доли. Узнавание отдельных букв сохранено или нарушено мало, но утрачено чтение слогов, целых слов и фраз (дефект симультанности). К этой симптоматике присоединяются расстройства письма. Больные пытаются компенсировать дефект узнавания домысливанием непрочитанных частей, поэтому иногда смысл фраз понимается верно, хотя само чтение сопровождается ошибками. При попытке написать заданную букву чертят прямые или кривые линии, штрихи или удачно воспроизводят только какой-то ее элемент.

Аграфия (*дисграфия*) (R48.8) — нарушение способности правильно по форме и смыслу писать. Встречается как составная часть амнестических и апраксических расстройств (R48.2), а также при различных вариантах афазий (R47.0). Нейропсихологический анализ письма, проведенный как Лурия, так и современными зарубежными исследователями, показывает, что в функциональную систему письма входят следующие компоненты: 1) процессы переработки слухоречевой информации (звуковой анализ услышанного, слухоречевая память); 2) дифференциация звуков на основе кинестетической информации; 3) актуализация зрительных образов букв; 4) ориентация элементов буквы, строки в пространстве; 5) кинетическое программирование графических движений; 6) планирование, реализация и контроль акта письма; 7) поддержание рабочего состояния, активного тонуса коры.

«Чистая» аграфия — характерна для поражения теменно-височно-затылочной области левого полушария. Проявляется в перепутывании порядка букв в словах, в пропуске букв, слов, знаков препинания или заменой их другими. С содер-

жательной стороны эта форма аграфии объясняется отчуждением графического образа буквы от ее фонематического значения, что приводит к неспособности больного перекодировать необходимую фонему в *графему* (единицу письменного языка, выступающую в различных начертаниях). Грубые расстройства такого рода проявляются при самостоятельном письме или при письме слов и предложений под диктовку. Списывание остается более сохранным.

Апрактическая аграфия — возникает при поражении угловой и надкраевой извилин левого полушария; по-видимому, не исключена и при поражении задних отделов второй левой лобной извилины. Может выступать как самостоятельная форма патологии или одним из проявлений других расстройств сложных действий. Больные не знают, как придать руке положение, необходимое для письма, либо в нужной последовательности осуществить письменные двигательные акты. В результате искажаются или неправильно соотносятся в пространстве различные фрагменты букв или буквы изображаются зеркально. Вместе с тем больной знает, что надо написать, и способен анализировать фонемный состав слова.

Акалькулия (R48.8) характеризуется нарушением счетных операций и может возникать при различных локализациях очага поражения.

1. Поражение затылочной области приводит к распаду оптического образа цифры, из-за чего числа перестают быть знаками, отражающими количество; смешиваются цифры, близкие по начертанию.
2. Поражение теменно-затылочной доли левого полушария может сопровождаться нарушением представления и восприятия пространственного расположения цифр, составляющего разрядное число. Многозначные числа читаются отдельными цифрами, числа с одинаковыми, но расположенными в другой последовательности цифрами воспринимаются как идентичные. Особенно затруднена оценка римских цифр.
3. Поражение угловой извилины теменной доли левого полушария приводит к утрате способности выполнять простые арифметические действия. Грубо нарушаются счетные операции с переходом через десятки и осознание величины многозначных чисел по отдельным входящим в него значениям. Забывается последовательность счета при вертикальном способе вычисления, делаются недоступными операции с дробями.

Указанные три формы акалькулии носят название первичных, часто сочетающихся с семантической афазией. Вторичные акалькулии возникают при иных формах афазий (амнестической, моторной и др.) на базе их специфических расстройств. Например, при поражениях префронтальных отделов, на фоне нарушений целенаправленной деятельности ухудшаются планирование счетных операций и контроль за их выполнением.

Функциональные механизмы памяти и ее расстройства при локальных поражениях мозга

Существует большое число определений памяти, центральным элементом которых является один процесс — *это сохранение информации о раздражителе, дей-*

ствие которого прекратилось. Все биологические системы обладают механизмами памяти, т. е. некоторыми нервными аппаратами, которые обеспечивают фиксацию, сохранение, считывание и воспроизведение следа. Некоторые авторы в качестве сопутствующего выделяют также процесс забывания. Первые четыре механизма — это самостоятельные фазы, каждая из которых имеет свою специфику. Из них механизмы считывания и воспроизведения являются наиболее ранимыми при различных патологических состояниях, и в частности при локальных поражениях мозга. С психологической точки зрения память обеспечивает единство и целостность человеческой личности. Исследования последних лет показали, что память нужно рассматривать как сложную функциональную систему, внутри которой происходит кодирование поступающей в мозг информации.

Неспецифические и специфические расстройства памяти. Основным условием запечатления любых следов является сохранение оптимального тонуса коры, за который несут ответственность глубокие отделы мозга (ретикулярная формация ствола, таламус и лимбические образования). Это по существу анатомические элементы первого блока мозга. Снижение тонуса коры делает невозможным хранение следов и приводит к первому типу мнестической патологии — нарушению общей *модально-неспецифической* памяти. При патологии со стороны первого блока расстройства памяти можно выявить в любой сфере деятельности больного, они одинаково проявляются как в элементарном непреднамеренном запечатлении следов, так и в специальной мнестической деятельности. Кроме того, указанные дефекты могут сопровождаться нарушениями сознания. При патологии на уровне *продолговатого мозга* нарушения памяти обычно носят «биологизированный» характер, связанный с забыванием мозгом структуры ритмики активности, что приводит, в частности, к изменению цикла «сон—бодрствование». *Диэнцефальный уровень* — страдает преимущественно кратковременная память или память на текущие события. Однако даже при массивных поражениях дефект связан не столько с самим процессом запечатления, сколько с усиленным интерферирующим действием побочных раздражителей в отношении ранее существовавших следов. Посторонняя деятельность (и гомогенная и гетерогенная) как бы стирает предшествующую информацию. Другая особенность изменений памяти на этом уровне — повышенная *реминисценция.* При большом интересе и мотивации диэнцефальные больные обнаруживают резерв запоминания. *Лимбическая система* — ее поражения приводят к патологии, обозначаемой в литературе как *корсаковский синдром* (F04) (впервые выделен отечественным психиатром Корсаковым в 1887 г. в контексте описания хронического алкоголизма): даже при односторонних поражениях на фоне повышенной утомляемости и раздражительной слабости теряется память на текущие события при сравнительно хорошо сохранных следах долговременной памяти на далекое прошлое, в том числе касающихся профессиональных знаний. Логика нарушений памяти у этих больных сходна с диэнцефальными (интерференция и помехи выступают в качестве ведущих факторов) с той разницей, что резерва памяти при лимбических поражениях уже нет, а ее пробелы заполняются конфабуляциями. Расстройства кратковременной памяти на этом уровне в клинике часто связывают с двусторонними очагами деструкции в гиппокампе и в миндалине.

Медиальные и базальные отделы лобных и височных долей — поражения этой области приводят к тому, что к потерям кратковременной памяти присоединяются расстройства семантической памяти или памяти на понятия — больной не может повторить только что прочитанный рассказ, привносит в запоминаемые списки слова, которых не было, но ассоциирующиеся с предложенными. Кроме того, при поражениях этого уровня нарушается установка на запоминание и страдает избирательность воспроизведения.

Модально-специфические нарушения памяти распространяются только на раздражители, адресуемые какому-то конкретному анализатору или связанные с узкоспециализированным способом обработки информации. Обычно говорят о зрительной, слухоречевой, тактильной, двигательной, музыкальной памяти. Подобные нарушения возникают при поражении второго и третьего функциональных блоков, причем, как правило, параллельно с изменением соответствующих гностических функций, хотя возможны и без них.

С точки зрения *межполушарной асимметрии* были обнаружены следующие феномены памяти: 1) при непосредственном запоминании и воспроизведении в мнестическую деятельность прежде всего включается правое полушарие, а при отсроченном запоминании — левое; 2) при левосторонних поражениях непосредственное воспроизведение материала более сохранно, чем при правосторонних.

Внимание, его неспецифические и специфические расстройства

Важнейшей особенностью протекания психических процессов является их избирательный, направленный характер. В отличие от аффективно-волевых и познавательных процессов (восприятия, памяти и мышления) внимание проявляется внутри них, а своего содержания не имеет и, будучи неотделимым, характеризует *динамику их протекания*. Его результатом является улучшение любого психического действия, на котором оно сосредоточивается. В настоящее время принято отождествлять внимание с «уровнем бодрствования» или «уровнем активации». Эти категории (особенно первая) в основном соответствуют базовой характеристике сознания и различным степеням его ясности. Вместе с тем внимание к сознанию не сводимо, а лишь составляет определенный компонент внешнего с ним сходства. *Внимание — это психический процесс селекции и избирательности любой психической деятельности, направленный на улучшение контроля за деятельностью, связанной с ситуативно или устойчиво значимым объектом.* Одним из приспособительных психофизиологических механизмов, объясняющих эволюционный генез внимания как особой психической реальности, является несоответствие между широчайшим по спектру и объему сенсорным входом информации и ограниченным по возможностям одномоментной обработки потенциалом мозговых центральных структур. Как вытекает из определения, может существовать несколько форм внимания, соответствующих тем процессам, которые реализуются в данной деятельности: а) сенсорное; б) двигательное; в) эмоциональное; г) интеллектуальное.

По уровням внимание делится на *непроизвольное* и *произвольное*. С первым ребенок рождается, и оно осуществляется с помощью наследственных нервных механизмов, организующих протекание рефлексов по известному физиологическому принципу *доминанты* (в работе нервной системы организующим моментом является наличие одного главенствующего очага возбуждения, притягивающего к себе возбуждение из других нервных центров, одновременно подавляя их). У новорожденного есть только две доминанты — пищевая и связанная с переменой положения. Позднее формируются зрительная и слуховая. В основе развития внимания в этот период (первые годы) лежит органический процесс роста, созревания и развития нервных аппаратов ребенка. Классическим примером непроизвольного внимания является *ориентировочный рефлекс*, выделяющий наиболее интенсивный, новый или биологически значимый (соответствующий потребностям организма) раздражитель и придающий всему поведению организованный характер. *Произвольное* внимание (это его высшая форма) качественно отлично и обусловливается социальной и культурной средой. В период своего формирования оно совершенствуется благодаря взаимодействию ребенка со взрослыми, которые кроме предметного стимула предъявляют ему и речевые стимулы, связывая одно с другим. В более или менее законченном виде произвольное внимание формируется к дошкольному возрасту (оно начинает подчиняться не только громкой речи взрослого — инструкции, но и собственной внутренней речи). Как специальное психологическое явление оно возникает тогда, когда человек ставит перед собой сознательные *цели* (т. е. связывает деятельность не с предметом, а с целью). А это, в свою очередь, для сохранения объекта сосредоточения требует *усилия воли — поддержания определенной интенсивности сосредоточения вопреки посторонним воздействиям*. Поэтому произвольное внимание во многом является вниманием волевым. Категория, которая характеризует длительное удержание внимания на каком-то объекте, явлении или ситуации, называется бдительностью. Одним из отличительных аспектов произвольного внимания является то, что оно способно ориентироваться как на прошлое, так и на будущее (в форме сознательного ожидания вероятного события). По данным физиологии, изменения, вызванные речевой инструкцией, окончательно формируются к 12–15 годам.

Внимание характеризуется: 1) устойчивостью (длительным сохранением интенсивности, концентрированности), в норме подверженной непроизвольным колебаниям; 2) быстротой переключения (переходом от одной деятельности или операции к другой); 3) распределенностью (характеризуемой успешностью одновременного выполнения двух или более деятельностей). К содержательным характеристикам внимания относятся его предметность (обязательная направленность на реальный или воображаемый предмет или явление) и ограниченность (конечное число элементов, одномоментно вовлекаемых в психический процесс). В силу того что ослабление внимания, снижение его объема, нарушение концентрации, повышенная истощаемость и резкие колебания свойственны любому больному человеку независимо от локализации поражения мозга, долгое время считалось, что расстройства внимания не имеют локального значения и их анализ не может быть использован в нейропсихологической диагностике. Вопреки этому

мнению в последнее время принято выделять два самостоятельных типа нарушений внимания.

Первые — *модально-неспецифические нарушения внимания.* Они распространяются на любые формы и уровни внимания. Подобного рода нарушения характерны для поражения неспецифических срединных структур мозга — верхних отделов ствола мозга и части ретикулярной формации, проникающей в средний мозг и поддерживающей уровень общего бодрствования или наиболее генерализованное состояние внимания. Для реализации его избирательных, селективных форм необходимо участие высоко расположенных образований головного мозга — таламуса, лимбических образований и лобной области больших полушарий. Исследования, проведенные на нейронном уровне, показали, что в лимбической области — гиппокампе, миндалине и связанных с ними аппаратах хвостатого ядра — значительное место занимают нейроны, проводящие как бы компарацию (сличение) старых и новых раздражителей, что обеспечивает реакцию на новые сигналы или их свойства и гашение реакций на уже привычные раздражители. Кроме того, по данным оценки локального кровотока, независимо от характера решаемой задачи сосредоточенность на ней обусловливает активацию средней части префронтальной коры. Это так называемая передняя система внимания. Вовлечение других участков больших полушарий обусловливается спецификой стимуляции и характером обработки актуальной информации. «Задняя система внимания» включает широко реализуемый исполнительный механизм пространственной селекции зрительных стимулов.

Поэтому при известной общности проявлений модально-неспецифические нарушения обнаруживают некоторые различия в зависимости от уровня поражения. *Продолговатый и средний мозг* — появляются быстрая истощаемость, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания (постепенно увеличивается латентный период и число ошибок при серийных математических действиях). Сосредоточение облегчается при наличии заинтересованности или при усилении мотивации, возможна компенсация дефекта сопровождением действий громкой речью, что иллюстрирует у таких больных относительную сохранность произвольного уровня внимания. *Диэнцефальные отделы и лимбические структуры* — нарушения внимания возникают в более грубых формах — больные вообще не могут сосредоточиться ни на какой деятельности. Компенсация почти невозможна, поскольку на этом уровне (опухоли в области таламуса и гипоталамических структур, третьего желудочка, лимбической коры) доминирует ослабление произвольной регуляции. В ряде случаев подобная патология сочетается с нарушениями сознания и памяти. *Медиобазальные отделы лобных и височных долей* — также преимущественно страдают произвольные формы внимания, но при одновременном усилении непроизвольных. Это так называемые лобные больные, характеризующиеся *«полевым поведением» — чрезвычайной бесконтрольной реактивностью на все стимулы, обусловленной растормаживанием элементарных форм ориентировочной деятельности*. Если такие больные не могут перевести взор по инструкции, но сопровождают взглядом движущийся объект, то это является признаком крайней степени нарушения произвольного контроля за действиями. Речевая стимуляция к улучшению результата не приводит.

Вторые — *модально-специфические нарушения внимания*. Проявляются лишь в конкретной сфере и описываются как явления игнорирования стимулов одной модальности. Однако ничего общего с нарушением собственно гностических функций (например, восприятия) они не имеют. Их нельзя также оценивать как результат интеллектуальных дефектов или непонимания инструкций. Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторным системам.

Зрительное внимание — симптом расстройства фиксируется при изучении полей зрения. Больной способен зарегистрировать лишь один из двух стимулов, одновременно предложенных в правое и левое поля зрения, но при их поочередном предъявлении разницы в их предпочтении не обнаруживается. Это связано с повышенной нагрузкой на зрительный анализатор, что, в частности, может проявляться и при просмотре сюжетных картинок с большим числом деталей (как правило, не замечается левая часть картинки или один из левых углов). Такая симптоматика является начальным признаком поражения задних отделов правого полушария и позднее «прорастает» в гностические расстройства. *Слуховое внимание* — дефекты обнаруживаются в экспериментах с дихотомическим прослушиванием (при одновременном предъявлении через телефоны двух слов в два уха). В норме здоровый человек лучше слышит вербальный материал правым ухом на 10–14% (эффект правого уха). При локальных поражениях независимо от стороны разница возрастает до 50–60%. Иногда звуки, адресуемые одному уху, вообще не воспринимаются. *Тактильное внимание* — больной с закрытыми глазами не замечает двойной тактильной стимуляции одинаковой интенсивности при прикосновении к двум сторонам тела или двум конечностям (например, касания двух кистей рук). Сравнительно чаще больной игнорирует прикосновение к левой руке, что типично для поражения правой теменной доли. *Двигательное внимание* — при просьбе выполнить координированные движения двумя руками больной сначала правильно выполняет инструкцию, но затем одна рука (как правило, левая у правшей) замедляет движения, а позднее совсем отстает. На вопрос о правильности своих действий больной отвечает утвердительно. Такие расстройства характерны для поражений передних отделов больших полушарий — премоторных и префронтальных зон с вовлечением базальных ядер. *Интеллектуальное внимание* — его изменения связаны с поражением коры лобных долей.

Нарушения мышления при поражениях мозга

Нарушения мышления при локальных поражениях мозга. Разработка проблемы мозговой организации мышления зависит от взглядов на то, что такое мышление как психическая функция и каковы общие принципы соотношения психических функций с мозгом.

В научной психологической литературе мышление рассматривается как отображение связей и отношений между предметами и явлениями объективной дей-

ствительности. Специфика этого отображения усматривается в том, что оно является обобщенным и опосредованным, благодаря чему выводится за пределы непосредственного опыта. Однако четкой демаркационной линии между образным и мыслительным регулированием поведения нет.

Принципиальным обстоятельством, включенным в психические познавательные процессы, является факт пространственно-временно́го охвата действительности, который в процессе становления человека прогрессивно развивается и ступенчато совершенствуется при переходе от сенсорики к перцепции и далее к представлениям допонятийного и понятийного мышления. Описательное определение *мышления*, исходящее из внешней его стороны, — это *активная психическая деятельность, направленная на решение определенной задачи*. Содержательно мышление определяется как *опосредованное аналитико-синтетическими операциями и словом обобщенное отражение действительности в ее существенных признаках, связях и отношениях*. Правила и законы мышления являются предметом исследования формальной и диалектической логики. К *формам* мышления относят: понятие, суждение, умозаключение, доказательства и рассуждения. Основными мыслительными *операциями* являются: анализ и синтез, абстракция и конкретизация, обобщение, сравнение, классификация и систематизация, установление причинно-следственных связей. Ни один из упомянутых психических процессов не является изначально готовой функцией мозга, все они формируются в процессе жизни. Именно этим можно объяснить то, что мышление у разных людей осуществляется по-разному.

Вопреки гипотезе о неспецифичности поражений мозга, вызывающих изменения мышления, было показано, что они имеют столь же локальные предпосылки, как и нарушения других познавательных процессов. Лурия, описывая нейропсихологические синдромы поражения различных отделов левого полушария мозга (у правшей), выделяет несколько типов нарушений интеллектуальной деятельности.

Левая височная область — на фоне сенсорной или акустико-мнестической афазии грубо нарушаются те смысловые операции, которые требуют постоянного опосредующего участия речевых связей. Эти трудности возникают и в неречевых операциях, если требуется удерживать в памяти вербальный материал. У данных больных при сохранности непосредственного понимания наглядно-образных и логических отношений нарушена способность выполнять последовательные дискурсивные (основанные на логических звеньях) вербальные операции. Частичная компенсация этого мыслительного дефекта возможна только с опорой на зрительные образы. *Теменно-затылочные отделы* — выпадение оптико-пространственного фактора приводит к дефектам пространственного анализа и синтеза отдельных элементов в группы. Можно сказать, что здесь страдает гностическая сторона интеллектуальной деятельности. Возникают трудности там, где при решении интеллектуальных задач необходимо выделение наглядных признаков и их пространственных отношений (например, при тестировании по методике «Кубики Коса» распавшиеся элементы модели не обретают соответствия целостной конструкции). В основе нарушений восприятия и опознания предметов, актуализации образов-представлений лежит дефект вычленения их существенных сторон

и качеств. При этом намерение выполнить задачу и понимание общего смысла остаются относительно сохранными. Аналогичные трудности возникают и при решении арифметических задач, где первичная акалькулия (непонимание сути математических операций) обусловлена и сопровождается непониманием определенных логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные и «квазипространственные» отношения, предложенные в условиях. *Премоторные отделы левого полушария* — при их повреждениях страдает временнáя организация всех психических актов, включая и интеллектуальные, что выражается в изменениях динамики мыслительного процесса. Нарушается свернутый, автоматизированный характер интеллектуальных операций, свойственный взрослому здоровому человеку. Эти нарушения входят в вышеописанный синдром *динамической афазии* — инертности, замедленности процесса понимания речи, особенно ярко проявляющийся при предъявлении длинных фраз со смысловыми инверсиями (перестановками) или трудностями. В качестве механизма, опосредующего эти нарушения понимания, выступают нарушения внутренней речи — развертывания речевого замысла и процесса свертывания речевых структур, необходимых для понимания общего смысла текста. При решении арифметических задач и при выполнении серий графических проб появляются стереотипные ответы. Пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций сохранены. *Лобные префронтальные отделы* — их поражения сопровождаются нарушениями интеллектуальных процессов в широком диапазоне — от бессимптомных случаев до грубых дефектов: нарушения порождения мыслительной деятельности, аномалии организации, программирования, а также регуляции протекания мышления. Первая стадия интеллектуальной деятельности — формирование ориентировочной основы поведения у таких больных либо полностью выпадает, либо резко сокращается. Больные не сопоставляют элементы задачи или фрагменты проблемной ситуации, не могут сформулировать гипотезу, они импульсивны, выполняют случайные хаотичные действия, не сличая их с исходными целями. Эти нарушения наблюдаются в вербально-логической и в невербальной деятельности. Процесс наглядного мышления при разглядывании сюжетных картин заменяется на угадывание смысла по случайно зафиксированному фрагменту. Именно нарушения смысла, возникающие при поражении лобных долей, являются существенным фактором регистрируемых дефектов мышления. Целенаправленное сознательное поведение у таких больных дезинтегрируется и заменяется более простыми формами и инертными стереотипами (например, больной закуривает свечу, вместо того чтобы ее зажечь, и т. п.). В сложных жизненных ситуациях нарушения могут носить более замаскированный характер и внешне выглядеть как рассеянность или чудачество. *Медиобазальные отделы лобной области* — дефекты интеллектуальной деятельности сводятся к импульсивности в решении задач, которая нарушает в первую очередь ориентировочно-исследовательскую фазу и дефектно упрощает план и стратегию решения. Вместо необходимых, например арифметических, операций производятся случайные манипуляции с цифрами, которые можно привести в систему, если потребовать выполнения действий по перечню инструкций. В серийных счетных операциях доминируют стереотипные ответы, особенно если нужно удерживать в памяти промежуточный результат.

В понимании особого рода текстов типа метафор, пословиц (где есть необходимость дифференцирования прямого и переносного смысла) либо когда необходимо сделать выбор из альтернатив, выделить существенное из второстепенного, больные с поражением медиобазальных отделов лобных долей оказываются несостоятельными, то же самое происходит и при анализе сложного текста. При попытках воспроизвести после прочтения басню эти больные повторяют лишь отдельные элементы текста, включая в него посторонние рассуждения, и не могут ответить на вопрос, в чем мораль. После прочтения двух рассказов и просьбе повторить первый в пересказе появляются *контаминации* (смешение двух текстов) как результат всплывания побочных ассоциаций. Нарушается решение задач на классификацию. Отмечаются *интеллектуальные персеверации — инертные повторения одних и тех же действий в изменившихся условиях*. Типичным общим дефектом становятся нарушения регулирования и контроля, возникающие из-за ослабления процессов селективности и нарушения критики к своему состоянию.

Условиями, способствующими потере программ поведения даже в норме, являются сильные отвлекающие раздражители. У «лобных» больных эта реактивность на изменения, происходящие вокруг них, особенно повышена и превращается в уже упоминавшееся *«полевое поведение» — патологическое усиление непроизвольного внимания и неустойчивость собственных программ поведения*. Такие больные беспорядочны в действиях; вмешиваются в разговоры соседей по палате; отвечают на вопросы, адресуемые другим людям, однако не отвечают на заданные им.

При подходе к процессам мышления с позиции межполушарной асимметрии можно вычленить следующие особенности. Патология со стороны *правого полушария* приводит к двум типам нарушений пространственного мышления: 1) ошибкам при решении наглядно-образных задач, связанным с дефектами зрительного восприятия или зрительной памяти либо с односторонним игнорированием зрительного поля; 2) нарушениям более высокого абстрактного уровня анализа пространства, т. е. собственно пространственного мышления, дефектам непосредственных симультанных синтезов пространственных отношений. Для повреждений *левого полушария* с точки зрения интеллектуальных процессов относительно (но не исключительно) характерны нарушения категориального анализа.

Специального анализа требуют случаи дефектов интеллектуального развития, возникших на почве врожденной или приобретенной в первые годы жизни патологии со стороны анализаторных систем. По закону иерархического строения, формирование высших психических функций не может быть полноценным, если исходно затронуты участки ЦНС, отвечающие за элементарные, базовые психические процессы. Специфика подобных дефектов, формы и методы их компенсации являются предметом рассмотрения специальных наук, работающих на стыке педагогики, психологии и медицины — сурдо- и тифлопедагогики, логопедии и др.

Нарушения умственного развития при диффузных поражениях мозга. Помимо дефектов мышления, связанных с поражением основных анализаторных систем в раннем детстве или локальными поражениями мозга в более зрелые годы, существует большая группа «интеллектуальных» симптомов, обусловленных диффузными поражениями, вызываемыми широким спектром факторов. К ним относятся генетические отклонения, родовые и дородовые травмы, перенесен-

ные в детстве тяжелые инфекции и их осложнения, менингиты (G00), энцефалиты (G04), интоксикации и ряд других отрицательных экзогенных и эндогенных обстоятельств. Так или иначе, все они приводят к образованию дефекта мозгового вещества и изначально нарушают нормальное функциональное и личностное развитие ребенка. Специфика возникающих последствий связана с преимущественным поражением тех или иных мозговых систем в период их интенсивного становления, из-за чего патологический эффект в значительной степени может нивелироваться за счет возрастного типа реагирования. Наиболее распространенным последствием влияния указанных патогенных факторов оказывается врожденная или приобретенная в раннем детстве *умственная отсталость* (F70–F79) различной степени, что выражается в форме общего психического недоразвития, касающегося в первую очередь наиболее дифференцированных, фило- и онтогенетически молодых функций мозга. Фактически в процесс недоразвития в разной степени вовлекаются все уровни работы мозга — эмоциональность, моторика, восприятие, память и внимание.

Проявляющаяся симптоматика ранее нозологически определялась через категорию олигофрении (F70–F79) с тремя степенями: дебильностью, имбецильностью и идиотией. Однако в последние годы в связи с углублением представлений о механизмах образования интеллектуальных и личностных дефектов, а также в связи с этическими соображениями среди ученых возобладало мнение о необходимости привлечения в формальный понятийный медико-педагогический аппарат более адекватного способа оценки интеллектуальных дефектов — через категорию умственной отсталости. Она по своей обобщенности превосходит клинические границы олигофрении и более соответствует по сути случаям функциональных расстройств, с которыми приходится сталкиваться нейропсихологам. Диагностировать умственную отсталость и определять ее степень у детей младшего возраста трудно, так как критерии недоразвития мышления и социальной приспособленности, разработанные для относительно зрелой психики, пригодны в основном лишь для детей школьного возраста. У дошкольников это скорее констатация дефектных потенциальных предпосылок для развития интеллекта и мышления, определение прогноза развития, который во многом зависит от компенсаторных возможностей морфологически и функционально формирующегося мозга. В тяжелых случаях со стороны детского мозга отмечаются такие органические предпосылки, как позднее его развитие по весу, уменьшенная площадь коры, особенно лобных отделов, неразвитость рисунка борозд и извилин, изменения размеров желудочков мозга и некоторые другие. Возможны дефекты со стороны черепа или аномалии развития в виде незаращения мягкого или твердого нёба. В соответствии с МКБ принято выделять 4 степени умственной отсталости (F70–F79) — легкую, умеренную, тяжелую и глубокую. Границы между ними не всегда могут быть определены с достаточной степенью точности.

В отличие от рассмотренной врожденной или приобретенной в раннем детстве мозговой патологии *деменция* (F00–F03) (буквально — слабоумие) является стойким снижением познавательной деятельности и утратой уже приобретенных знаний и навыков. Последствия ее в значительной степени обусловлены возрастом больного и причинами, вызвавшими дисфункцию мозга.

Количественные потери тех или иных психических функций, а также качественная специфика возникших в рамках деменции сопутствующих расстройств, их окраска напрямую связаны со степенью развития функциональных аппаратов мозга, вовлеченных в патологический процесс, с уровнем, на котором они реализуются. Деменция как диагноз выставляется в случае патологии мозга, возникшей только после трехлетнего возраста. В наиболее тяжелых случаях органического поражениями мозга и его сосудов может наблюдаться *маразм* — психический и физический распад личности, выражающийся в глубоком слабоумии и тяжелом физическом истощении, распаде речи, утрате контакта с окружающими, потере всех интересов и влечений, кроме пищевого инстинкта (может быть извращен в виде неспособности отличать съедобное от несъедобного).

Под термином *«задержка психического развития»* (ЗПР) (F84.9) понимают синдромы временного отставания развития психики в целом или ее отдельных функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма. Являясь следствием временно и мягко действующих факторов (недостаточности стимулов, ранней депривации, плохого ухода), задержка темпа может иметь обратимый характер и полностью ликвидироваться через ускоренную фазу созревания или запоздалое окончание созревания. В клинике органических заболеваний мозга задержка развития может быть результатом нарушенного функционирования частично поврежденных структур или структур, функционально с ними связанных. ЗПР нередко диагностируют как начальный этап прогрессирующих заболеваний. В принципе, диагностика ЗПР правомерна лишь временно, до тех пор, пока либо произойдет выравнивание функций, либо проявит себя определенной симптоматикой синдром слабоумия, частичного или полного недоразвития. Для ЗПР ребенка характерны: гармоничность функций, т. е. сохранение адекватных отношений структурных элементов данной функции; недостаточность высших уровней данной функции, а не первичных, элементарных; отсутствие искажения развития функций, т. е. замены тех или иных элементов ненужными, нецелесообразными; наличие зоны «ближайшего развития» (по Выготскому), или потенциального уровня функции, выявляемой в обучающем эксперименте по использованию помощи старшего.

Своеобразным вариантом недоразвития психических функций, который может возникнуть в результате наследственного дизонтогенеза или раннего очагового поражения мозга (речевых, премоторных и других зон), является *психический инфантилизм*. Он характеризуется сочетанием эмоционально-волевой, личностной незрелости при практически нормальном интеллекте. В психологическом портрете таких детей и подростков встречаются не соответствующая возрасту повышенная внушаемость, игровая направленность и стремление к получению удовольствий как основной мотивации поведения, беспечность и безответственность.

Кроме относительно очерченных синдромов задержек и недоразвития психических функций, интеллекта, мышления и личности среди детей значительно распространены легкие проявления недостаточности тех или иных компонентов психики, психомоторики и нейровегетативной регуляции. Эти расстройства, описанные под разными названиями дифференцированных и недифференцированных

синдромов, в наиболее обобщенном виде известны под названием «*минимальная мозговая дисфункция*». В этой категории описываются разные нарушения поведения и обучения, не связанные с дефектами воспитания или психотравмами, сочетающиеся со средним, ниже среднего и выше среднего интеллектом. К симптомам минимальной мозговой дисфункции относят: нарушения внимания и работоспособности; недостаточность пространственных представлений; ориентировки во времени; затруднения в обучении письму, счету, рисованию; нарушения речи; моторную неуклюжесть; гипер- и гипоактивность; слабую память; энурез (ночное недержание мочи); агрессивность; импульсивность; нарушения сна; раскачивания во сне; эмоциональную неустойчивость и др.

Нарушения эмоций при поражениях мозга

Точное научное описание эмоционального состояния отсутствует. С феноменологической точки зрения эмоция всегда окрашивает некоторое отражаемое содержание, т. е. имеет предметную отнесенность. С другой стороны, эмоция — это и психофизиологический механизм, с помощью которого через «психический» уровень отражения действительности под влиянием внешних воздействий изменяется внутренняя среда организма (сосудистый тонус, эндокринные реакции, обмен веществ). Но основная функция эмоций — это *оценка*, поэтому в ее структуре всегда присутствуют два компонента — отраженное содержание объекта и субъективное отношение к нему.

В эмоциях различают эмоциональный фон (или эмоциональное состояние) и эмоциональное реагирование, которые подчиняются различным закономерностям, поскольку первый связан с личностными характеристиками, а второе носит ситуативный характер. Среди параметров, подлежащих учету при оценке эмоций, рассматривают *знак, интенсивность, длительность, реактивность, качественные характеристики и связь с потребностями, степень осознания и степень произвольности контроля*. Изменения эмоционального состояния у человека приводят к изменениям выражения лица (мимики), появляются опосредованная жестикуляция (пантомимика), возникают специфические оттенки интонаций и тембра голоса. Подобные изменения можно найти и в доречевом периоде жизни ребенка, но с возрастом меняется и стиль предъявления эмоций. По мнению ряда авторов, до 90% эмоционального общения происходит на неречевом уровне. Выражения чувств, выступающие в тех или иных внешних проявлениях, принято называть экспрессией. Овладение ею состоит из двух взаимодополняющих процессов — умения *опознавать* оттенки экспрессии и умения *пользоваться* ими для информирования о собственных переживаниях.

Эмоции имеют сложную мозговую организацию. В настоящее время существует несколько методов, с помощью которых решается вопрос о неврологическом субстрате эмоций: 1) метод разрушения отдельных структур мозга животных и изучение последствий травм мозга человека; 2) метод электрического или фармакологического раздражения отдельных образований головного мозга; 3) метод самораздражения животных. Прямое раздражение мозга человека способно вызвать только четыре примитивных, но, по-видимому, базисных эмоциональных состоя-

ния: гнев, страх, удовольствие и чувство дискомфорта. До приобретения ребенком собственного индивидуального опыта они могут быть активированы по механизму врожденного безусловного рефлекса.

Существенный теоретический вклад в нейропсихологическую теорию эмоций был сделан американским нейроанатомом Пейпесом, который в своем исследовании показал, что структурно и функционально связанные между собой гипоталамус, передние таламические ядра, мамиллярные тела, поясная извилина и гиппокамп составляют замкнутый круг, по которому циркулируют «эмоциональные процессы». Этот круг, получивший в дальнейшем название «круга Пейпеса», по-видимому, активируется сигналами, поступающими из коры в гипоталамус. Двигаясь дальше, они достигают поясной извилины, которая рассматривается как рецепторная область эмоциональных переживаний. Оттуда «аффективная» импульсация распространяется на другие области коры, придавая эмоциональную окраску текущим психическим процессам (рис. 20).

В связи с более поздними исследованиями общая концепция круга Пейпеса претерпела заметные изменения. После введения в 1949 г. понятия лимбической системы вышеуказанные анатомические структуры начали составлять ее неотъемлемую часть и их роль стала оцениваться в качестве получателя информации от внутренних органов и мышц. В лимбической системе эта информация интерпретируется в «терминах эмоций» и преобразуется в результат «на языке органов», т. е. в виде определенных типов висцеральных эффектов. Еще позднее появились наблюдения, подтверждающие определенную ответственность за механизмы эмоций ретикулярной формации. Ключевой структурой для реализации наиболее древней подкрепляющей функции эмоций является такая часть лимбической системы, как гипоталамус. Во взаимодействии с ретикулярной формацией он обусловливает решение универсальной поведенческой задачи — качественную эмоциональную оценку какого-то фактора, выражающуюся в приближении к объекту или явлению либо избеганию. Именно в гипоталамусе у млекопитающих обнаружены участки, условно названные центрами наслаждения и страдания. Однако были исследованы и другие мозговые зоны, где разнознаковые эмоции представлены в той или иной степени.

Наибольшее значение из позднее проанализированных анатомических структур имеет *миндалина* с широкой сетью эфферентных путей, значительная часть которых заканчивается в структурах лимбической системы. Опыты на животных показали, что стимуляция миндалины электрическим током через вживленные электроды вызывает мимическую и поведенческую реакции, создающие впечатление ярости. Удаление миндалины с обеих сторон приводило к изменениям в поведении, трактовавшимся как «послушание», «дружелюбие» и «кротость». Этот же анатомический элемент имеет отношение к регуляции пищевого и полового поведения, возможно, в форме хранения «следов» эмоционального опыта, имеющего отношение к этим функциям. При воспоминании об эмоционально значимых событиях в ядрах миндалевидного комплекса регистрируется высокоамплитудная ритмическая активность (признак функциональной заинтересованности). Отличающиеся по локализации участки мозга, «обслуживающие» положительные и отрицательные эмоции, неодинаковым образом влияют на другие

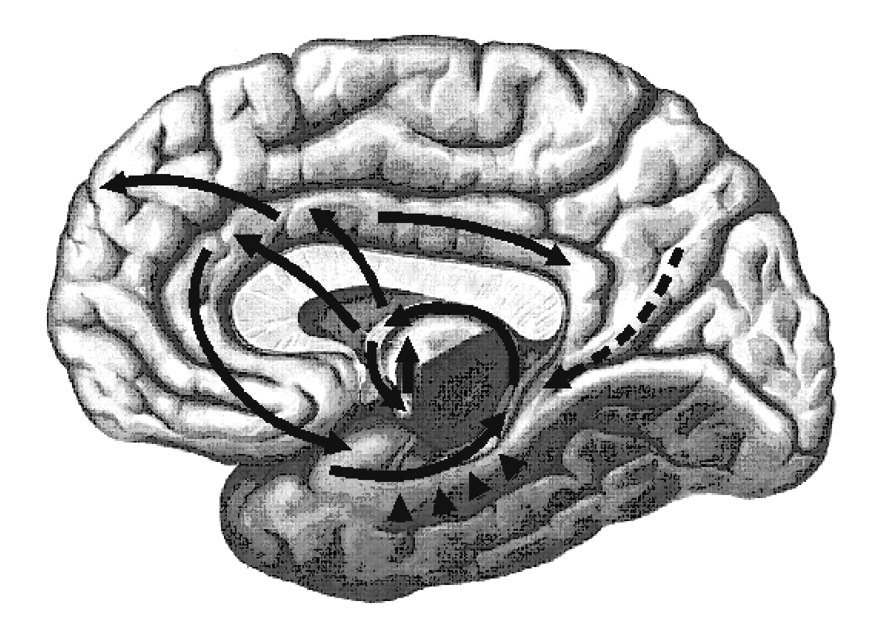


Рис. 20. Круг Пейпеса (по Лурия и Анохину)

психические и психофизиологические процессы. Если центры, расположенные в гипоталамусе, продолжают активироваться при многочисленных повторениях раздражителя, то деятельность центров, разбросанных в подкорковых узлах больших полушарий, при многократном раздражении быстро угасает, эмоциональные реакции слабеют, а затем совсем прекращаются. Этим объясняется то, что эмоциональная окраска умственной деятельности отличается относительной динамичностью, а эмоциональные реакции, сигнализирующие о физиологических потребностях организма, высокоустойчивы. На этом же основании принято говорить о двух взаимосвязанных психофизиологических механизмах эмоций: более простых — подкорковых и высших эмоций — корковых. В формировании последних принимают преимущественное участие передние отделы мозга — лобная и лобновисочная кора.

Одна из известнейших «психохирургических» операций — лоботомия, впервые осуществленная на человеке в 1935 г. португальским невропатологом Моницем, была исходно направлена на блокаду тревоги, беспокойства, депрессии и шизофренических проявлений. Позднее американский невролог Фриман, интенсивно проводивший такие же операции, писал, что «общим радикалом для отобранных больных были волнения, страхи, беспокойство, бессоница и напряженность», уменьшавшиеся после хирургического вмешательства. Это же касалось дезориентированности, спутанности и фобий. Важная роль в осуществлении эмоций принадлежит также *гиппокампу*, который в лимбической системе играет роль мозговой структуры, обеспечивающей мобилизационные вегетативные реакции на сигналы маловероятных событий. Проекцией его активности на психическую

жизнь с известной долей условности может считаться состояние общего фона тревожности. *Фронтальная кора*, по экспериментальным данным, напротив — ориентирует поведение на высоковероятные события, а *теменно-височные отделы правого полушария* отвечают за степень эмоционального напряжения с выходом на вегетативные реакции.

Лимбической системе в целом современная концепция эмоций отводит роль координатора различных систем мозга, участвующих в обеспечении эмоций, предполагая, что эта зона связана двусторонними связями и с подкорковыми структурами, и с различными областями коры больших полушарий.

Последовательность взаимодействия различных мозговых структур в процессе организации эмоционально окрашенного поведенческого акта в психофизиологическом аспекте описывают следующим образом. Внутренние и внешние раздражители активируют мотивационные структуры гипоталамуса, который, в свою очередь, запускает работу гиппокампа и передних отделов лобной коры; на фоне формирования в лобных долях программы будущего двигательного акта эти две структуры отбирают из находящихся в памяти стимулов или их энграмм («сцепок» стимулов с их подкреплениями) те, которые ранее сопровождались удовлетворением данной потребности. Затем в миндалине формируется эмоциональная окраска этих стимулов и энграмм, что ведет к выделению доминирующей мотивации, подлежащей первоочередному удовлетворению. Сложившаяся во фронтальной коре программа поступает в базальные ганглии, где путем взаимодействия с теменной корой вписывается в пространство предстоящего двигательного акта. После этого через моторную кору возбуждение поступает на эффекторные органы, реализующие целенаправленное поведение.

В формировании эмоций помимо рассмотренных принимают участие и другие, весьма разнообразные физиологические механизмы. Через вегетативную и эндокринную системы запускаются изменения со стороны внутренних органов, которые вторично влияют на состояние эмоционального фона. Имеется выраженная зависимость между модальностью эмоций и нейрохимическими процессами в мозговых структурах: многочисленные биологически активные вещества, выделяемые нервными окончаниями, являющиеся посредниками в процессе синаптической передачи импульса (нейромедиаторы), оказывают определенное влияние на окраску эмоций. Избыток или дефицит норадреналина, серотонина, гамма-аминомасляной кислоты, дофамина, а также адреналина, эндорфинов и др. в зависимости от вектора приложения к тем или другим мозговым структурам (гипоталамусу, миндалевидному комплексу, базальным ганглиям, лимбической системе в целом) рождают чувства страха, агрессии, удовольствия или паники. Один и тот же медиатор, гормон или биологически активное вещество в зависимости от конкретных условий и текущего состояния организма может вызывать различные переживания, хотя вероятность того или иного состояния, вызванного тем или иным нейрохимическим процессом, неодинакова (например, дофамин определенно связывается с положительными эмоциями и повышением двигательной активности, а хронический недостаток норадреналина, вероятнее всего, приводит к депрессии).

Описания эмоциональных нарушений при локальной патологии мозга в научной литературе часто носят противоречивый и нечеткий характер. Достаточная

содержательная определенность клинической картины аффективных расстройств достигнута в характеристике поражений *лобных долей* мозга, где в качестве обязательных и общих присутствуют такие описания поведения, как ограничение объема эмоциональных реакций, исчезновение дифференцированности и адекватности эмоций, безразличие, благодушие, эйфория, а иногда и «эмоциональный паралич». В легких случаях «лобным больным» свойственны нарушения высокодифференцированных социально детерминированных эмоций (например, чувства юмора), возрастает нечувствительность к восприятию градаций эмоциональных состояний. Локально специализированная симптоматика, возникающая при лобных поражениях, может быть представлена двумя группами симптомов. Первая, наиболее яркая картина связана с преимущественным поражением медиобазальных отделов лобных долей мозга, а вторая — с поражением латеральных конвекситальных отделов. При первом варианте «лобного синдрома» (F07.0) возникают снижение тонуса и быстрая истощаемость, типично замедление всех реакций к концу выполнения заданий. Голос больных становится вялым и «афоничным». Собственно эмоциональный тон снижается, что в некоторых случаях сопровождается депрессией, тоской, страхами и вегетативными реакциями, появляется синдром «катастрофических реакций», «переживания гибели мира», что отличает данную группу больных от «общелобной» картины. При травматических, опухолевых или сосудистых поражениях медиобазальных отделов лобных долей возникают нарушения эмоционально-личностной сферы в виде неадекватного отношения к себе, своему состоянию, своей болезни, предстоящей операции, близким и друзьям. Подобная симптоматика сочетается с некритичностью и исчезновением чувства ответственности. Особенно заметные изменения личности в эмоциональном плане наблюдаются при поражении *орбитальных поверхностей* лобных долей — на первый план выступает растормаживание примитивных пищевых и половых влечений. При втором, «конвекситальном» варианте, особенно при массивных, двусторонних очагах, в симптоматике доминируют апатия, безразличие, «невосприятие» собственной болезни, потеря интереса к окружающему на фоне общей адинамии и аспонтанности. Анализ межполушарных различий левой и правой лобных долей показывает, что их связь с эмоциями неодинакова — для поражения правой доли более характерны расстройства поведения в виде импульсивных действий и некритичности к себе, в то время как левая лобная доля имеет более тесную связь с интеллектуальными процессами. Это выражается в адинамии и нарушениях произвольной регуляции психической деятельности. При поражении левой лобной доли нередко исчезают высокодифференцированные эмоциональные переживания, связанные с прошлым опытом. Таким образом, при поражении лобных долей страдают все три уровня эмоционально-личностной сферы — уровень эмоциональных реакций, эмоционального состояния и эмоционально-личностных качеств.

При поражениях *височных долей* высший личностный уровень эмоциональной сферы остается относительно сохранным, что отличает этих больных от «лобных». При поражении обеих височных долей эмоциональные расстройства выражаются в депрессивных состояниях и пароксизмальных аффективных нарушениях, зависимых от стороны поражения. Если патологический очаг находится справа, то

чаще возникают пароксизмы ярости, страха, тревоги, ужаса, которые протекают на фоне выраженных вегетативных и висцеральных расстройств. Приступы отрицательных аффектов больше характерны для начала заболевания. В дальнейшем они переходят в стойкие фобические явления, иногда — в оскудение эмоциональной сферы и стереотипии поведения. Нередки обонятельные и слуховые галлюцинации, сопровождающиеся неприятными ощущениями. Для большинства этих приступов характерна сохранность критики больного, его отношения к происходящему как к болезненному состоянию. Для левосторонних поражений височной доли более характерны не пароксизмы, а постоянные эмоциональные расстройства в виде реакций на дефекты памяти и речи. На ранних стадиях заболевания они могут начинаться плаксивостью и раздражительностью. Если очаг поражения находится в *медиальных отделах височных долей*, то возможны агрессивность и негативизм. Специфическую роль в этом отношении играет *миндалевидное ядро*, обеспечивающее оценочное регулирование поведения в зависимости от дифференциаций эмоционального характера. Как уже упоминалось, при удалении этого ядра исчезает избирательная направленность агрессивных, сексуальных и пищевых реакций. Одним из результатов повреждения миндалины является потеря способности адекватно оценивать эмоциональную сторону мимики собеседников, что приводит к трудностям в коммуникации.

Поражение *диэнцефальных отделов* мозга помимо изменений эндокринной и вегетативной регуляции сопровождается особым нейропсихологическим синдромом, связанным с нарушением неспецифических активационных процессов, — нестабильностью и повышенной реактивностью. В частности, это может проявляться в виде возбуждения, сонливости или бессонницы, синдрома угнетения, некоторой агрессивности или монотоности.

Анализ эмоциональных нарушений с точки зрения межполушарной асимметрии мозга показал, что яркость их выше при поражениях *правого полушария*, чем при левосторонних. Если очаг справа, то чаще отмечаются лабильность эмоциональных реакций и неспособность к эмоциональному контролю, ослабляется распознавание эмоций по мимике (одностороннее повреждение правой височно-затылочной области вызывает нарушение распознавания эмоциональной экспрессии, а иногда и узнавание лица знакомого человека). Больным с правым очагом поражения свойственны благодушие, веселость, а также безразличие к окружающему, беспечное отношение к своей болезни (*анозогнозия*). При поражениях *левого полушария* на фоне заторможенности, вялости и пассивности часто усиливается интенсивность отрицательных эмоциональных переживаний, возникают депрессивные состояния в виде приступов тревоги, беспокойства и страха. Особенно это характерно для поражения *височной доли левого* полушария. Экспериментальные данные позволяют предположить существование двух относительно автономных эмоциональных систем — системы положительного и системы отрицательного эмоционального реагирования, связанных с работой разных полушарий головного мозга (Хомская). С известной долей условности можно сказать, что левое полушарие у правшей преимущественно «отвечает» за положительные эмоции, а правое — за отрицательные.

Проблема функциональной асимметрии в нейропсихологии

С эволюционной точки зрения асимметрия — это общая фундаментальная закономерность организации всех биологических систем, и в частности деятельности мозга позвоночных. Асимметрии мозга человека и животных не могут рассматриваться вне связи с общей картиной мира и всеобщими закономерностями природы. Главнейшая из них — *опосредованность пространством и временем,* ей отводится фундаментальная роль в процессе приспособительной эволюции. Данное явление в своей основе имеет совершенствование форм адаптации активного живого существа к обитанию в трехмерном пространстве, гравитационном поле и временно́м континууме. В отношении живых организмов обычно рассматриваются два типа асимметрий — структурные (морфологические, для человека — антропологические) и функциональные, которые, в свою очередь, могут быть представлены неравномерностью или неравноценностью физиологической работы симметричных органов, несхожестью психического функционирования полушарий и периферических отделов парных анализаторов. Анатомические, экспериментальные и бытовые данные говорят о том, что кортикальная асимметрия проявляется главным образом в тех функциях, которые приобретаются в течение длительного периода в детстве и имеют социальную значимость. Морфологическими и функциональными предпосылками оценки пространственно-временно́й структуры является наличие минимум двух отражающих аппаратов, обеспечивающих количественные различия в приеме одних и тех же компонентов объективной реальности. Для любой локализации процесса и результата необходима, как известно, помимо источника раздражения еще и фиксация начала отсчета (нулевая координата), по отношению к которому и происходит оценивание (в отношении времени точкой отсчета становятся прошлое, настоящее или будущее). Для реализации этого принципа относительности в эволюции сформировались парные, специализированные, достаточно независимые, но модально однородные анализаторные системы с периферической и центральной частями. На их базе позднее, уже под влиянием социального фактора, возникают ВПФ, процессуально зависимые от возникших на более ранних этапах механизмов отражения. Отличительной чертой собственно человеческого поведения и его морфологических предпосылок является исключительная сложность и дифференцированность их реализации, невозможная без учета очевидной асимметрии предметной организации пространства и, по-видимому, времени. В анатомической структуре организма и его высшего управляющего органа — мозга — подобная реальная асимметрия, сопряженная с активным и целенаправленным поведением человека, не могла не отразиться в качественно новой по сравнению с более ранними этапами эволюции форме — асимметрии самих отражающих инструментов и их центрального представительства. При наличии одной и той же конечной задачи формируются различно ориентированные функциональные психофизиологические блоки ее реализации, относительно привязанные к одному из специализирующихся полушарий. Однако наиболее адекватное и полноценное решение задачи активного приспособления осуществляется лишь при скоординированном во времени взаимодействии этих

механизмов, т. е. при взаимосвязанной работе обоих полушарий. Полный баланс между парными органами и полушариями мозга человека нецелесообразен как в филогенетическом, так и в онтогенетическом аспекте. Регулярный успех тактики решения задачи ребенком в его конкретных жизненных условиях приводит к закреплению превалирующей роли тех или иных мозговых механизмов, функционально связанных с правым или левым полушарием. Исследования последних лет показали, что в раннем детстве между ролями двух полушарий в обеспечении доминирующих на данном сенситивном периоде функций существуют сложные динамические, возможно, конкурентные отношения, развивающиеся во времени и приводящие в итоге к тому или иному типу функциональных взаимозависимостей, которые наблюдаются у конкретного взрослого человека. Вершиной психической проекции межполушарной асимметрии на ВПФ является тип личности, в котором одновременно реализуются и горизонтальные (право-левые, передне-задние) и вертикальные (корково-подкорковые) взаимодействия.

Эти исследования дают все основания для постановки вопроса о значении структурных различий правого и левого полушарий в феноменологии функциональной асимметрии. Среди эволюционно развившихся структурных асимметрий самого мозга наиболее заметно увеличение размеров борозд и площади коры в левом полушарии. В частности, было обнаружено, что длина и ориентация сильвиевой борозды на правом и левом полушариях неодинаковы, а ее задняя часть, входящая в зону Вернике, существенно больше на левой стороне. Клеточная организация этой области, весьма характерной именно для человека, различается справа и слева не только у взрослых людей, но и у человеческого плода. Протяженность этой области в левом полушарии взрослого человека в семь раз больше, чем в правом, причем у плода наблюдается ее преимущественное развитие также с левой стороны. Данные, полученные в пре- и постнатальном онтогенезе, позволяют поставить вопрос о соотношении приобретенных и врожденных лингвистических способностей человека на структурной основе. Полушария отличаются также по уровню кровотока, биохимическим показателям, по чувствительности к действию фармакологических препаратов. Левое полушарие у детей значительно в большей степени заинтересовано в специализации очага поражения. Правое полушарие в этом отношении менее дифференцировано.

Основная идея сегодняшнего дня — признание важности обоих полушарий, каждое из них является ведущим (доминантным) в функциях по обеспечению определенных психических процессов. С 1981 г. стал широко употребляться термин «функциональная специализация полушарий мозга».

Межполушарная асимметрия. Развитие представлений о функциональной асимметрии мозга человека в истории нейропсихологии связано с именем французского провинциального врача Дакса, который в 1836 г., выступая в медицинском обществе, привел наблюдения 40 больных с повреждениями мозга, сопровождавшимися снижением или потерей речи. Они вызывались только дефектами со стороны левого полушария. Значение этих наблюдений не было оценено по достоинству, и лишь почти 30 лет спустя интерес к ним был вновь инициирован исследованиями хирурга Брока, который в 1861 г. представил мозг умершего больного, страдавшего расстройством речи, также вызванным повреждением левого полу-

шария. Это явилось серьезным аргументом в пользу того, что даже ВПФ в морфологическом пространстве мозга могут обусловливаться различной локализацией. Известный английский невролог Джексон так писал по этому поводу: «Два полушария не могут быть простыми копиями, если повреждения лишь одного из них приводят к потере речи». Позднее было показано, что наиболее дифференцированные формы поведения также связаны с левым полушарием. Концепция доминантности полушарий, согласно которой при решении всех гностических и интеллектуальных задач ведущим у правшей является левое полушарие, а правое оказывается относительно пассивным, существовало почти столетие. Постепенно накапливались сведения, что представление о правом полушарии как второстепенном или зависимом, научно несостоятельны. После того как для лечения больных эпилепсией с 1962 г. Сперри и др. начали осуществлять операции комиссуротомии (перерезку мозолистого тела). В результате исследований потерь от несогласованной работы половин мозга стало ясно, что правое полушарие обладает «собственными» высшими гностическими функциями. Иллюстрацией исключения из совместной работы мозга правого полушария стал появлявшийся в результате комиссуротомии *синдром расщепленного мозга,* включавший следующие симптомы: нарушение координации движений, в которых участвуют две конечности; игнорирование левой половины тела и половины зрительного поля; невозможность прочесть слова или назвать предметы, предъявляемые в правое полушарие (или одному правому глазу), — *аномия*; нарушение письма и конструктивной деятельности одной рукой, при которых письмо может осуществляться только правой, а рисование только левой рукой — *дископия-дисграфия*. При поражении мозолистого тела в детстве синдром расщепленного мозга не возникает, что объясняется морфологической и функциональной незрелостью структур, объединяющих левое и правое полушарие. Помимо исследований эффектов расщепленного мозга в клинической нейропсихологии для оценки неравноценности работы полушарий используют: наркоз одного из полушарий путем введения снотворного в соответствующую сонную артерию (проба Вада); угнетение одного из полушарий с помощью унилатерального применения электрического тока (с терапевтической целью вызывающего судорожный припадок); запись биотоков мозга (ЭЭГ); запись кровотока в полушариях, регионально увеличивающегося при усилении активности какого-либо участка мозга; функциональные пробы, оценивающие асимметрию в работе рук, анализаторных систем; клинические данные, полученные при анализе очаговой патологии; результаты нейропсихологического тестирования больных с односторонней нейромозговой патологией. Среди большого числа работ, посвященных проблемам межполушарной асимметрии, прослеживаются два уровня анализа представляемых данных. В одной части случаев предметом исследования становятся собственно мозговые механизмы, предопределяющие те или иные асимметрии, а в другой части — рассматриваются хорошо идентифицируемые результаты и феномены этой асимметрии.

Сенсорные асимметрии. Зрение. Для зрительного анализатора асимметрия фиксируется приблизительно в 90% случаев. Преобладание правого глаза (по установлению оси зрения) встречается у 60% обследованных. Ведущим глазом цвет воспринимается сразу, а неведущим — с увеличенным латентным периодом.

Прицеливание лучше обеспечивает правый глаз, у него же шире поле зрения. В связи с асимметрией зрения отмечаются так называемые эффекты живописи: восприятие диагонали как подъема или спуска в зависимости от угла картины, из которого она начинается, различия в субъективной оценке тяжести объекта (больше при локализации в правом верхнем углу). Эти феномены в целом объясняются различным субъективным значением полей зрения.

Слух. Острота слуха выше у левого уха, а более полноценное воспроизведение вербального материала и более точная пространственная локализация источника звука регистрируются справа. Это явление было названо *эффектом правого уха*. Он объясняется различиями в дистанции прохождения звукового сигнала, вначале направляющегося в контралатеральное полушарие с учетом левостороннего доминирования корковых полей, обрабатывающих фонематический ряд речи. В онтогенезе различие восприятия вербального материала правым и левым ухом выявляется у детей с 4-летнего возраста, причем раньше у девочек, чем у мальчиков. Особенно этот феномен выражен между 5 и 12 годами и зависим от интенсивности речевой стимуляции в раннем детстве. Есть многочисленные указания на слабую выраженность асимметрии слуха у леворуких.

Осязание. В отличие от бинокулярного и бинаурального восприятия создание бигаптического (двуручного) единого образа затруднено. Испытуемые говорят о борьбе двух одновременно создающихся образов от правой и левой сторон ощупываемой фигуры, как бы раздваивании и распаде целостного представления на две плохо совместимые части. При ощупывании двумя руками 80% испытуемых отмечают субъективную трудность для левой руки. Правая рука характеризуется более высокой различительной чувствительностью в познании предметно-пространственных свойств ощупываемых объектов, но время опознания одной рукой лучше для левой. На левой руке болевая, вибрационная и температурная чувствительность выше. На правой лучше кинестетическая. Здоровые дети 10–11 лет правой рукой лучше распознают буквы, а левой — фигуры, глухие от рождения — наоборот.

Обоняние. Левая сторона носа более чувствительна к запахам приблизительно у 70% взрослых, а у детей половины носа примерно равны (возможно, это связано с возрастным искривлением носовой перегородки).

Вкус. Слева на языке чувствительность острее.

Функциональные асимметрии в обработке информации. ЭЭГ-исследования показали, что при интеллектуальной деятельности (чтении, решении арифметических задач) усиливается асимметрия за счет большей депрессии альфа-ритма в левом полушарии, что свидетельствует о его большей активности. Если деятельность носит преимущественно наглядно-образный (визуально-пространственный) характер, то альфа-депрессия наблюдается больше справа, а при вербальных задачах — левосторонне. В принципе, любые виды активности усиливают межполушарную асимметрию. Получены данные в пользу различных принципов и стратегий обработки информации двумя полушариями. В частности, для зрительного анализатора левое полушарие реализует классификационно-дискриминантный метод функционирования — вырабатывает решающие правила, позволяющие относить изображение к тому или иному ожидаемому классу. Именно классификация

образов в левом полушарии, давая более обобщенное и символьно-знаковое отражение объектов окружающего мира, создает базис формирования понятийной речи как высшей формы абстрагирования. Левое полушарие играет ведущую роль в задачах, которые связаны с опознанием хорошо знакомых изображений, к какому бы классу эти стимулы ни принадлежали (слова, буквы, простые геометрические фигуры, знакомые лица). Высокая степень знакомства ребенка с предъявляемыми стимулами, возникающая в ходе обучения, является необходимым условием для формирования в левом полушарии той системы значимых признаков, которая позволяет ему выйти на качественно новый уровень решения задач. Правое полушарие реализует структурный метод — описывает иерархически организованные в целостные структуры элементы изображения. Оно в перцептивном отношении ориентировано на трудноразличимые, малознакомые стимулы. Левое полушарие предположительно специализируется на последовательном восприятии информации, правое — на создании гештальта (одномоментного, целостного итога работы какого-либо психического процесса). Примером реализации этой формы асимметрии во взаимодействии двух полушарий являются восприятие и осмысление речевого высказывания. Кроме того, в правом полушарии находится основная сенсорная память с «записанными» для каждого класса конкретными «виденными» объектами.

При исследовании процессов зрительного опознания было продемонстрировано, что правое полушарие дает вначале детальное описание изображения и только затем переходит к его обобщению. Процесс опознания в левом полушарии направлен от общего к частностям: сначала производится самая общая классификация, затем она становится более дробной по мере включения новых разделительных признаков. Поэтому левое полушарие при сравнении двух изображений быстрее устанавливает сходство, а правое — различия.

Опыты, проведенные в психиатрической клинике на больных, проходивших курс лечения унилатеральными электросудорожными припадками, вызывающими временное угнетение функций одного полушария и одновременное облегчение функций противоположного, показали, что левое и правое полушария мозга по-разному относятся к решению метафор (образных выражений типа «обвести вокруг пальца»), идиом (неразложимых словосочетаний, значение которых не совпадает со смыслом составляющих слов, типа «заварить кашу») и силлогизмов (логических умозаключений типа «у каждого государства есть флаг, Замбия — государство, следовательно, у Замбии есть флаг»). Изолированно функционирующее правое полушарие понимает метафоры и особенно идиомы не только существенно лучше, чем левое, но и лучше, чем оба полушария вместе. Как указывал Джексон в конце прошлого века, и это подтвердилось в более поздних исследованиях, правое полушарие хранит готовые куски текста — штампы, фразеологизмы, ругательства. Идиомы относятся к подобного рода штампам, которые невозможно дешифровать, а можно только знать. Метафоры, оцениваемые правым полушарием целостно, гештальтно благодаря приросту конкретности, несколько лучше поддаются объяснению левым полушарием. При решении силлогизмов левое полушарие склонно использовать адекватный логико-теоретический подход, а правое — эмпирический (с привлечением собственного жизненного опыта), при-

чем эффективность левого полушария в данном типе задач чрезвычайно высока. По мнению авторов этого исследования Черниговской и Деглина, сферой правого полушария как участника творческого процесса является поэзия. Преимущественное участие левого полушария необходимо в случае повышенных требований к точности фонематической идентификации, например при распознавании бессмысленных словосочетаний; при опознании лексем, играющих особо важную роль в синтаксическом оформлении высказываний; при опознании абстрактных слов (с малой степенью образности). Правое полушарие специализируется на опознании пространственных характеристик зрительных и звуковых стимулов, а также слов, имеющих высокий уровень конкретности.

Гипотетически правое полушарие функционирует в настоящем времени с опорой на прошлое, а левое — в настоящем с опорой на будущее время. Особенно это заметно при сопоставлении чувственного образа как законченного события и речи как способности познать непосредственно недосягаемое. Логика интерпретации этого обстоятельства близка к логике объяснения того факта, что отображение ближнего, более определенного пространства и его проекция в манипуляторную деятельность более связаны с правым полушарием, а вероятностные характеристики дальнего пространства — с левым. Эти же акценты могут быть описаны и такими смысловыми полюсами, как непосредственное и отсроченное выполнение действия.

Специального анализа требует оценочная сторона получаемой полушариями информации, выражаемая характером эмоционального реагирования на те или иные стимулы. Как указывалось выше, асимметрия эмоциональной сферы, регистрируемая с помощью различных проб и полученная как эффекты возникшей локальной патологии мозга, выражается в преимущественной ответственности за формирование положительных эмоций левого полушария, а отрицательных— правого.

Последние экспериментальные данные показывают, что в любой задаче участвуют оба полушария — вне зависимости от вербального или невербального, аналитического или целостного способа обработки информации. Любая задача, требующая сенсорного или моторного решения достаточно высокого уровня, на разных стадиях и для обработки разных характеристик стимула непременно вовлекает структуры обоих полушарий. Усиление подобного взаимодействия обусловливается и перекрестом нервов, идущих от органов чувств, что позволяет периферической информации одновременно поступать как в ипси-, так и в контралатеральное полушарие. Лишь специальная система методов латерального предъявления стимулов обеспечивает оценку специфических функций каждого полушария. Кроме того, в отличие от особенностей стимульного материала именно тип задачи играет роль основного фактора, избирательно активизирующего мозговые структуры того или иного полушария (обнаружение, узнавание, идентификация, сравнение). Для практических целей часто пользуются таким понятием, как индивидуальный латеральный профиль человека, или *профиле-латеральная организация*, где в качестве индикатора асимметрии выступают несколько ведущих систем (например, рука, зрительный и слуховой анализаторы).

Латеральные функциональные различия при патологии мозга. В ходе раздельного описания психопатологической симптоматики при очаговых поражениях мозга справа и слева в качестве наиболее значимых можно выделить два клинических факта.

I. Строгое различие нарушений психической деятельности правшей, наступающих при поражении правого и левого полушарий. Эта строгость, в свою очередь, проявляется в двух картинах психических нарушений. Одна — правополушарная — включает в себя расстройства психосенсорной сферы, восприятия или чувственного познания внешнего мира и самого себя в этом мире; искажаются или вовсе не формируются знания в виде чувственных образов событий, происходящих вокруг больного и в нем самом. Другая — левополушарная — включает в себя нарушения программирования и реализации двигательного поведения, речи или основанных на ней мышления и абстрактного познания; нарушается словесная память. В психопатологической симптоматике могут быть общие для поражения того или другого полушария симптомы, но они также имеют частные различая. Так, депрессия (F06.32) возможна при право- и (или) левополушарной патологии мозга, но в первом случае это — тоскливая депрессия и она сопряжена с двигательной и общепсихической заторможенностью; в случае поражения левого полушария возникает обычно тревожная депрессия, наиболее характерная для поражения височных отделов левого полушария, сопровождаемая двигательным беспокойством. Слуховые галлюцинации при поражении правого полушария имеют невербальный характер, выражаются в слышании мнимой музыки, ритмических звуков, а при поражении левого полушария эти галлюцинации выражаются в слышании мнимых речевых высказываний.

II. Несоблюдение описанных закономерностей при очаговых поражениях у левшей. Оно сводится к меньшей зависимости или к независимости клинических особенностей психопатологической симптоматики от того, какое полушарие поражено. Есть левши, которые как бы повторяют правшей по психопатологической картине очагового поражения мозга. Но при этом нет левши, картина психических нарушений которого была бы противоположна таковой у правшей. Хорошо известна зависимость эмоциональной патологии от стороны поражения мозга. При повреждениях левого полушария обнаруживаются дисфорические реакции, приступы отчаяния, агрессивности, нетерпимости, тогда как правополушарные повреждения проявляются недифференцированными эйфорическими реакциями.

С точки зрения различного способа обработки информации при патологии левого полушария у правшей в большей мере нарушаются: 1) оценка иерархии признаков образа — способность выделять значимые признаки стимульной информации и объединять их (обобщенный) образ; 2) классификация стимулов — способность устанавливать принцип классификации с учетом тех или иных значимых признаков и адекватно использовать его в процессе классификации; 3) способность к приобретению нового опыта — способность к обучению; 4) память на обобщенные категориальные признаки сигналов; 5) возможность выделить признаки продолжительности сигналов и их последовательности.

При патологии правого полушария в большей мере нарушаются: 1) оценка конкретных, специфических особенностей стимульного материала при более или ме-

нее сохранной способности к обобщению, а также возможность одновременно охватить и учесть ряд конкретных специфических признаков образа; 2) память на конкретные, сугубо индивидуализированные признаки стимулов; 3) оценка пространственных параметров стимулов и их пространственного взаимоотношения; 4) помехоустойчивость восприятия, что, по-видимому, связано с тем, что при помехах выделяется лишь ограниченное число признаков образа, значимость которых различна, тогда как больные с правосторонней патологией могут принять решение лишь при наличии полного или почти полного набора признаков.

Трудность интерпретации этих данных заключается в том, что повреждение коры одного из полушарий приводит не только к реципрокной (взаимной) активации другого, но и к растормаживанию подкорки этой же половины мозга.

Проблема левшества. Под левшеством понимается левая асимметрия — преобладание леворасположенных парных органов над правыми в их совместном функционировании. Левшество в широком смысле не сводится к леворукости. У лиц, нормально развивающихся по показателям психической деятельности, может быть симметрия или очень слабая асимметрия одного или двух парных органов при правшестве или левшестве других. При обследовании больших контрольных групп полные (по всем органам) правши обнаруживаются в 38–54%, а остальные имеют частичное левшество, между тем как чистые левши либо вообще не встречаются, либо их доля не превышает 2%. Среди здоровых наиболее часты лица только с одним признаком левшества. У мужчин в среднем чаще на 2–4% встречаются правши, что особенно заметно для зрения (в 2,2 раза). Больше всего левшей среди детей и коренного населения Севера и Юго-Восточной Азии. В отношении причин возникновения левшества как проявления особенностей межполушарной асимметрии существует несколько точек зрения: 1. Согласно *генетической теории*, левшество передается по наследству и обусловлено хромосомными факторами, что обусловливает специфику морфологического строения мозга левшей. 2. Согласно *социокультурной теории*, формирование «рукости» связано с культурно-историческими условиями, с детства социально навязывающими преимущественное пользование и тренировку одной из рук. 3. В соответствии с *патологической теорией,* левшество — результат травмы на разных этапах пренатальной и постнатальной жизни. Чаще всего это родовая травма из-за аномалии родовых путей, результат наложения щипцов при родовспоможении. Каждый конкретный случай левшества имеет свою обусловленность возникновения, которая может быть связана как с одной, так и с комбинацией причин.

Специфика очаговых поражений у детей

Первые попытки систематически исследовать нарушения высших психических функций, наступающих в результате мозговых повреждений у детей, предпринимались с начала 1960-х гг. Работами многочисленных авторов, в том числе Симерницкой, было показано, что нарушения и восстановление церебральных функций в детском возрасте имеют определенную специфику и закономерности. У детей младше 10 лет, особенно в дошкольном возрасте, клинико-психологические проявления очаговых поражений головного мозга слабо выражены, а нередко вообще

могут отсутствовать. В раннем возрасте встречаются случаи, когда даже обширные повреждения мозговой ткани не вызывают серьезной дезорганизации поведения и периферической симптоматики. Возникшие нарушения психической деятельности обычно в сравнительно короткие сроки подвергаются обратному развитию. В наибольшей мере это характерно для острых повреждений головного мозга, например при черепно-мозговой травме. При хронической органической патологии мозга компенсаторные перестройки реализуются значительно слабее. Выраженность стертости и атипичности клинических проявлений локальных поражений головного мозга детей зависит от места повреждения. При корковых и левополушарных очагах (у праворуких) она больше, а при подкорковых и правополушарных — существенно слабее. В последних случаях клиническая картина близка той, которая наблюдается у взрослых. При некоторых локализациях поражений головного мозга у детей наблюдается своеобразный *отставленный эффект*. При повреждении корковых зон, поздно созревающих в онтогенезе (лобных и теменных), последствия повреждений в полной мере проявляются в том возрасте, когда у здоровых детей они начинают активно участвовать в регуляции психических процессов (обычно в младшем и старшем школьном возрасте).

Степень атипичности синдромов существенно меняется с возрастом, причем эта закономерность имеет различный характер для левого и правого полушарий. В первом случае с уменьшением возраста ребенка симптоматика становится более стертой и атипичной. Во втором — наоборот: чем младше ребенок, тем грубее симптоматика поражений правого полушария. Ранние локальные поражения коры головного мозга компенсируются полнее и лучше, чем поражения подкорковых отделов. Последние по симптоматике могут напоминать синдромы корковых поражений у взрослых.

Контрольные вопросы

1. К числу первых попыток локализовать ВПФ в коре головного мозга относятся работы:

❶ Галена;

❷ Галля;

❸ Клейста;

❹ Лурия.

2. Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является:

❶ установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;

❷ разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;

❸ восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;

❹ совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах.

3. Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является:

❶ Сеченов;

❷ Бехтерев;

❸ Выготский;

❹ все трое.

4. Зона ближайшего развития — это:

❶ ближайший к текущей дате возрастной период;

❷ то, что может ребенок с помощью взрослого;

❸ уровень достигнутого интеллектуального развития;

❹ критерий учебной успеваемости.

5. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией Анохина является:

❶ наличие связи между элементами системы;

❷ многочисленность элементов системы;

❸ наличие нескольких уровней в системе;

❹ цель.

6. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

❶ трудности формирования гностических функций;

❷ неодновременность развития функций;

❸ патологию со стороны двигательного аппарата;

❹ различия в результатах нейропсихологического тестирования.

7. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

❶ принципа системной локализации функций;

❷ принципа динамической локализации функций;

❸ принципа иерархической соподчиненности функций;

❹ всех трех принципов.

8. Жесткость организации мозговых функций обусловливается:

❶ меньшей подверженностью травмам;

❷ их реализацией в макросистемах головного мозга;

❸ более ранним периодом формирования;

❹ последними двумя обстоятельствами.

9. Основным тезисом эквипотенционализма является:

❶ многоуровневость организации ВПФ;

❷ функциональная равноценность левого и правого полушарий;

❸ принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;

❹ равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.

10. Медиобазальные отделы головного мозга, по классификации, Лурия относятся:

❶ к энергетическому неспецифическому блоку;

❷ к блоку переработки экстероцептивной информации;

❸ к блоку программирования, регуляции и контроля;

❹ ни к одному из них.

11. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:

❶ совокупность физиологических исследований;

❷ клиническая беседа с больным или испытуемым;

❸ синдромный анализ;

❹ математическая процедура.

12. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключается:

❶ в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;

❷ в масштабности охвата психических функций;

❸ в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;

❹ различий нет, это синонимы.

13. Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано:

❶ с патологией лобных долей;

❷ с повреждением глубоких структур мозга;

❸ с нарушением работы теменно-затылочных отделов;

❹ с височной патологией.

14. К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:

❶ постановка топического диагноза;

❷ оценка динамики психических функций;

❸ определение причин аномального психического функционирования;

❹ выбор форм нейрохирургического вмешательства.

15. Расстройства различных видов ощущений называются:

❶ агнозиями;

❷ галлюцинациями;

❸ сенсорными расстройствами;

❹ иллюзиями.

16. Общим признаком зрительных агнозий является:

❶ неспособность увидеть что-либо;

❷ изменения полей зрения;

❸ нарушение мыслительных процессов;

❹ потеря способности узнавания.

17. Неспособность опознать плоский предмет на ощупь с закрытыми глазами называется:

❶ аутотопагнозией;

❷ тактильной агнозией;

❸ дермолексией;

❹ соматоагнозией.

18. Аутотопагнозия — признак:

❶ нижнетеменного поражения;

❷ верхнетеменного поражения;

❸ среднетеменного поражения;

❹ поражения вторичных отделов зрительного анализатора.

19. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

❶ Бехтеревым;

❷ Сеченовым;

❸ Лурия;

❹ Бернштейном.

20. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

❶ кинестетической апраксии;

❷ пространственной апраксии;

❸ кинетической апраксии;

❹ регуляторной апраксии.

21. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:

❶ алалией;

❷ мутизмом;

❸ дизартрией;

❹ афазией.

22. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит:

❶ к эфферентной моторной афазии;

❷ к сенсорной афазии;

❸ к семантической афазии;

❹ к динамической афазии.

23. Основным дефектом при вербальной алексии является:

❶ слабое зрение;

❷ нарушения симультанного узнавания;

❸ перепутывание букв;

❹ первая и третья причины.

24. Аграфия — это:

❶ потеря способности к рисованию;

❷ потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;

❸ навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;

❹ нарушение способности правильно писать по форме и смыслу.

25. Акалькулия часто сочетается:

❶ с семантической афазией;

❷ с кинестетической апраксией;

❸ с соматоагнозией;

❹ с эмоциональными расстройствами.

26. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

❶ первого блока мозга;

❷ второго блока мозга;

❸ третьего блока мозга;

❹ всех трех блоков.

27. «Полевое поведение» является результатом поражения:

❶ лобных долей;

❷ височных долей;

❸ затылочных долей;

❹ теменных долей.

28. Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является:

❶ корректурная проба;

❷ одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;

❸ управление движущимся объектом;

❹ узнавание стимульного материала.

29. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются:

❶ поражением конвекситальных отделов лобных долей;

❷ левовисочными поражениями;

❸ теменно-затылочными поражениями;

❹ правовисочными поражениями.

30. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

❶ между теменной и височной корой;

❷ от зрительного анализатора к третичным полям;

❸ внутри лимбической системы;

❹ между ретикулярной формацией и лобной корой.

31. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:

❶ безразличное благодушие;

❷ грусть;

❸ депрессия;

❹ тревога.

32. Процесс опознания от общего к частному более представлен:

❶ в левом полушарии;

❷ в правом полушарии;

❸ одинаково в обоих полушариях;

❹ в зависимости от стимульного материала.

33. Левшество — это:

❶ преобладание размера левой руки над правой;

❷ совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;

❸ преобладание левой руки и левой ноги над правыми;

❹ различия в чувствительности правой и левой половины тела.

34. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:

❶ слабая выраженность симптоматики;

❷ значительная выраженность симптоматики;

❸ длительный период обратного развития симптомов;

❹ высокая зависимость от латерализации очага поражения.

Глава 13
ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Патопсихология (греч. *pathos* — страдание, болезнь) — ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Патопсихология возникла на стыке психологии и психиатрии. Термин «патопсихология» ввел Бехтерев в 1903 г.

Патопсихология относится к числу интенсивно и плодотворно развивающихся областей психологии. Основатель отечественной патопсихологии — Зейгарник — ученица Левина, всемирно известного немецкого психолога. Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога. Научная и практическая деятельность Зейгарник была продолжена ее учениками и последователями Поляковым, С. Я. Рубинштейн, Соколовой, Спиваковской, Николаевой, Тхостовым, Братусем и др.



Б. В. Зейгарник

Клиническая психопатология исследует, выявляет, описывает и систематизирует проявления нарушенных психических функций, патопсихология же вскрывает психологическими методами характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам. Хотя патопсихология получила большее применение в психиатрической клинике, в настоящее время ее методические приемы используются не только в психиатрии. Учет сдвигов в психическом состоянии больно-

го, изменения его работоспособности, его личностных особенностей становятся необходимыми в терапевтических, хирургических клиниках и других областях медицины.

Знания по патопсихологии являются важными для психологов любых специальностей и специализаций, так как профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречи с психически больным человеком.

В этом плане следует подчеркнуть, что на границе между психологией и патопсихологией лежит такая актуальная для социальной практики, и особенно для ряда ее областей, проблема, как вопрос о норме, т. е. о нормальном психическом развитии. В патопсихологии в определении нормы и психического здоровья обычно придерживаются формулировки, данной Всемирной организацией здравоохранения, когда под нормой понимают «не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия».

В патопсихологии получили развитие представления о патопсихологических синдромах нарушений познавательной, мотивационно-волевой и личностной сфер при психических заболеваниях (Поляков, Кудрявцев, Блейхер и др.).

Понятия симптома и синдрома в психиатрии и патопсихологии являются основополагающими. Симптом — это отдельный признак патологического состояния, нарушений психической деятельности. Синдром — определенное сочетание признаков, объединенных одним механизмом возникновения и функционирования. Диагностическое значение синдрома обусловлено тем, что входящие в него симптомы находятся в закономерной внутренней связи. Любой психической болезни свойственны определенные симптомы, которые видоизменяются и сменяются в определенной для каждой болезни последовательности. Для классификации психиатрических симптомов в клинической литературе используется принцип, названный психиатрами психологическим, в котором, однако, не выдерживается определение симптома как отдельного признака. Наряду, например, с такими симптомами, как снижение чувствительности или зрительные галлюцинации, выделяется симптом бреда, который вместе с нарушениями мышления содержит аффективные расстройства, нередко — обманы памяти (искажения воспоминаний) и другие изменения психической деятельности. Многие психиатрические симптомы, таким образом, являются сложными симптомокомплексами, и при таком содержании от синдромов их отличают лишь бóльшая нозологическая неопределенность (одни и те же симптомы могут наблюдаться при разных заболеваниях, синдромы более специфичны) и внутренняя статичность (синдромы могут обогащаться новыми симптомами). Психиатрам не удалось до настоящего времени создать принцип выделения и классификации однородных по объему элементов и понятий. Накопление данных об особенностях нарушений психической деятельности — мышления, интеллекта, памяти, внимания, воли, эмоциональных, мотивационных процессов — у больных различной нозологии привело на определенном этапе развития медицинской психологии к попыткам выделения патопсихологических симптомокомплексов или синдромов.

Блейхер и Крук под патопсихологическим синдромом понимают патогенетически обусловленную общность внутренне взаимосвязанных симптомов, признаков психических расстройств. Различия между психопатологическими (клиническими) и патопсихологическими синдромами авторы относят за счет

разницы между психопатологией и патопсихологией, отражающей специфику присущих этим двум областям знаний методов — клинико-описательного, которым пользуется психопатология, и экспериментально-психологического, взятого на вооружение патопсихологией. Клинические синдромы, по их мнению, являются опосредованным выражением сложившихся нарушений психической деятельности, тогда как патопсихологические синдромы в значительно большей мере отражают непосредственные, присущие этим нарушениям причинно-следственные взаимоотношения. Патопсихологические синдромы различаются степенью своей обобщенности. Развитие патопсихологии шло от выделения «узких» симптомокомплексов, не выходящих за пределы тех или иных психических процессов (мышления, памяти и т. д.), к многозначным полифакторным нарушениям психической деятельности. Типичным примером «узких» патопсихологических синдромов являются выделенные Зейгарник типы расстройств мышления: нарушения операциональной стороны мышления, нарушения динамики мыслительной деятельности, нарушения личностного компонента мыслительной деятельности. Каждый из этих синдромов представляет собой совокупность отдельных патологических признаков. Сочетание резонерства, разноплановости мышления, соскальзываний складывается, например, в симптомокомплекс нарушений целенаправленности мыслительной деятельности. Одну из первых попыток выделения обобщенных патопсихологических синдромов предприняли Станишевская и Гульдан. Авторы исходили из задач дифференциальной диагностики, возникающих в судебно-психиатрической практике при решении вопроса о вменяемости-невменяемости лиц с психическими нарушениями.

По Корсаковой, клинико-психологический синдром — это закономерно возникающее сочетание симптомов нарушения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики. Клинико-психологический синдром автор рассматривает в рамках двух подходов — патопсихологического и нейропсихологического. В патопсихологии центральное место занимает поиск общего звена нарушения высших психических функций, лежащего в основе развития отдельных симптомов при реализации таких функций. Например, синдромообразующим радикалом при шизофрении может быть нарушение мотивации, следствием которого являются характерные для этого заболевания изменения (или особенности) мышления, восприятия, памяти и др. Как пишет Поляков, клинико-психологический синдром не отличается от клинико-психопатологического, но имеет иное содержание: «*Если клинические* (*психопатологические*) *исследования выявляют закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то экспериментально-психологические исследования должны ответить на вопрос: как нарушено течение* (*то есть структура*) *самих психических процессов*».

Из ряда психопатологических синдромов наибольшее значение в клинике (Блейхер, Крук) имеют следующие:

- шизофренический, или диссоциативный, симптомокомплекс (F20–F29), включающий в себя:

  - личностно-мотивационные расстройства, к которым относятся изменения структуры и иерархии мотивов, их побудительной и смыслообразующей функции;
  - фрагментарность активного внимания;
  - относительную сохранность непосредственного звена произвольного запоминания, нарушения опосредованного звена произвольного запоминания;
  - расстройства мыслительной деятельности с преимущественными нарушениями целенаправленности мышления и смыслообразования (резонерство, соскальзывания, разноплановость, патологический полисемантизм, аутистическое мышление, при котором логика и причинно-следственные связи не подчинены реальности) при относительной сохранности операциональной стороны, способности к выполнению формальных мыслительных операций;
  - эмоциональные расстройства, включающие уплощение и диссоциацию эмоциональных проявлений, их знаковую парадоксальность;
  - патохарактерологические расстройства, изменения самооценки и самосознания, нарастающие аутизм и сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия. Шизофренический патопсихологический симптомокомплекс неоднороден при различных типах течения и формах заболевания. Структура нарушений познавательной деятельности и личностных расстройств при параноидной шизофрении значительно отличается от таковых при простой форме шизофрении. Вместе с тем она специфична и по отдельным составляющим его признакам, и по общему рисунку;
- психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс (F60–F69). Другое его название — обобщенный патопсихологический симптомокомплекс психопатических расстройств, включающий:
  - патохарактерологические и эмоционально-волевые расстройства;
  - нарушения структуры и иерархии мотивов;
  - неадекватность самооценки и уровня притязаний, искаженное самосознание;
  - нарушения мышления в виде «относительного» и «аффективного слабоумия»;
  - нарушения прогнозирования и опоры на прошлый опыт. В дальнейшем для каждого клинического варианта на примере психопатий патопсихологический симптомокомплекс уточняется и наполняется конкретным содержанием. Однако общая его структура отражает все варианты психопатических расстройств;
- органические экзо- и эндогенные (F00–F09) симптомокомплексы складываются из таких симптомов снижения интеллекта, как:
  - общее снижение интеллекта (измеряемое с помощью психометрических методик), распад имевшегося запаса сведений и знаний, мнестических

расстройств, затрагивающих как долговременную, так и оперативную память;

- ♦ нарушения внимания, умственной работоспособности;
- ♦ нарушения операциональной стороны и целенаправленности мышления;
- ♦ изменения эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, неустойчивостью, эксплозивными и слабодушными реакциями, нарушения критических способностей, самоконтроля (в клинике этому соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз (I67.2);
- ♦ последствия черепно-мозговых травм (F06), токсикомании (F13–F19) и других болезней, а также эндогенно-органические расстройства типа истинной эпилепсии (G40), первичных атрофических процессов в головном мозге (G31);

- олигофренический симптомокомплекс (F70–F79). Другое название — патопсихологический симптомокомплекс умственной отсталости. Он состоит из:
    - ♦ неспособности или недостаточной способности к обучению и формированию понятий;
    - ♦ дефицита интеллекта, измеряемого с помощью психометрических методик;
    - ♦ дефицита общих сведений и знаний;
    - ♦ примитивности, конкретности мышления, неспособности к абстрагированию;
    - ♦ нарушений произвольности в организации психических процессов и поведения;
    - ♦ повышенной внушаемости, несформированного самосознания;
    - ♦ эмоциональных расстройств, снижения критики;
- симптомокомплекс психогенной дезорганизации психической деятельности, характерный для реактивных состояний (F23), включает в себя динамичные, преходящие расстройства аффективной сферы, восприятия, памяти, мышления, мотивации.

Патопсихологический синдром играет существенную роль в качестве звена в нозологической и функциональной диагностике.

Прогностическая ценность патопсихологического симптомокомплекса намного выше, чем отдельного признака психического расстройства, поскольку под патопсихологическим синдромом понимается сочетание признаков нарушений, сохранных сторон и индивидуальных особенностей психической деятельности (характерологических, памяти, эмоциональной сферы, установок, ориентации и т. д.), объединенных психологическими механизмами функционирования личности. Это касается и диагностической значимости симптомокомплексов по сравнению с симптомами, и прогноза тех или иных форм поведения, включая криминальные. Вместе с тем определение патопсихологического синдрома, модус его построения должны принципиально отличаться от медицинского (психиатрического) синд-

рома. Эти различия связаны с разницей в предмете патопсихологии и психиатрии (психопатологии).

Патопсихология является психологической наукой, и поэтому ее проблематику, перспективы и достижения нельзя рассматривать в отрыве от развития и состояния общей психологии, психологического знания в целом.

Особенности и задачи патопсихологического исследования

Патопсихологический эксперимент направлен на качественный анализ различных форм распада психики, раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Исходя из того что любой психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так строить эксперимент, чтобы он отражал сохранность или нарушение этих параметров. Результаты должны давать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.

Патопсихологический эксперимент — это взаимная деятельность экспериментатора и испытуемого, следовательно, его построение не может быть жестким. Это особенно важно при решении вопросов восстановления нарушенных функций. Построение экспериментальных приемов должно предоставлять экспериментатору возможность учитывать поиски решений, вмешиваться в стратегию эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает помощь, может ли ею воспользоваться. Эксперимент должен актуализировать не только когнитивные операции, но и личностное отношение испытуемого к качеству своей деятельности.

Зейгарник приравнивает патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функций отдельных органов и систем. Роль специфической «нагрузки» принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Основное отличие от экспериментально-психологического исследования психически здоровых лиц заключается в технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев, учитывая особенности поведения больного, экспериментатор может существенно изменять свою тактику, вводить дополнительные методики и т. п.

В качестве основного принципа любого психологического эксперимента указывают необходимость проверки наличия связи между независимой переменной (фактор, изменяемый экспериментатором) и зависимой переменной. При этом возможны спровоцированный классический эксперимент, при котором экспериментатор воздействует на независимую переменную и фиксирует полученные результаты, и эксперимент, при котором изменения происходят вне связи с деятельностью экспериментатора, например наблюдение за нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях. Этот вид

эксперимента позволяет наблюдать серьезные, а иногда и необратимые изменения независимой переменной.

В большинстве случаев это одновременно спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются. Наличие того и другого элементов объясняет сложную взаимосвязь множества факторов, которые должен учитывать патопсихолог при обобщении материалов исследования. С. Я. Рубинштейн видит три способа видоизменения условий, влияющих на психическое состояние обследуемого и уменьшающих или увеличивающих присущие больному психологические изменения: 1) изменение ситуации, в которую на время опыта помещается больной; 2) варьирование деятельности больного (наиболее часто применяемый способ); 3) изменение состояния психических процессов у больного введением определенных фармакологических препаратов. Следует иметь в виду подобное разделение способов воздействия на психическую деятельность больного в патопсихологическом эксперименте. Патопсихолог должен учитывать отношение обследуемого к ситуации исследования при планировании и проведении его с учетом определенной цели опыта, экспериментальных заданий и постоянно сопоставлять с ними получаемые при работе результаты. Мотивы, которыми руководствуются психолог и пациент, зависят от цели исследования, а потому далеко не всегда совпадают, особенно при психологической экспертизе.

Основные разделы работы патопсихолога определяются его участием:

- в решении задач дифференциальной диагностики;
- в оценке структуры и степени нервно-психических расстройств;
- в диагностике психического развития и выборе путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения;
- в исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза;
- в оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии;
- в экспертной работе;
- в психокоррекционной работе.

Участие патопсихолога в решении задач дифференциальной диагностики. Патопсихологическое исследование в качестве источника дополнительных данных для уточнения нозологического диагноза может оказаться необходимым в диагностически сложных случаях, особенно при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, на начальных стадиях и в периоде ремиссии. В связи с развитием экстрамуральной психиатрии и заметным патоморфозом психических заболеваний частота стертых, малосимптомных форм значительно возросла, и квалификационное суждение психолога, основанное на анализе данных патопсихологического исследования, приобретает все большее значение в качестве источника дополнительной информации о наличии или отсутствии тех или иных характерных нарушений психических процессов и изменений свойств личности. Чаще всего диагностические задачи такого рода возникают при необходимости отграничения начальных проявлений и вялотекущих форм шизофрении (F21) от неврозов (F40–F48), психопатии (F60–F69) и органических заболеваний

головного мозга (F00–F09), при распознавании стертых или «маскированных» депрессий (F38), диссимулируемых бредовых переживаний, некоторых форм патологии позднего возраста.

Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств имеет значение не только для целей дифференциальной диагностики. Она играет самостоятельную роль в квалификации состояния больного (при различных видах экспертизы и особенно при определении степени трудоспособности), при установлении функционального диагноза, при определении путей трудового приспособления и социального восстановления больного, профориентации и проведении психокоррекционных и лечебно-восстановительных мероприятий. Учет структуры и степени нервно-психических расстройств может также помочь врачу в оценке динамики развития и течения нервно-психических заболеваний и контроле за эффективностью восстановительного лечения. Для решения указанных задач патопсихолог с помощью психологических методов может уточнить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов и возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности.

В зависимости от целей исследования подход к проведению эксперимента может меняться, и соответственно будет сужаться или расширяться круг вопросов, подлежащих решению. Важно подчеркнуть, что исследование структуры и степени нарушений должно быть всеобъемлющим и охватывать как те стороны психической деятельности, которые претерпели очевидные изменения, так и сохранные стороны в структуре целостной личности, рассматриваемой в конкретной жизненной ситуации.

Диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения. В детских и подростковых учреждениях патопсихолог также участвует в решении дифференциально-диагностических задач. Здесь особенно большое место занимает его работа по определению психического развития и его аномалий — степени и структуры различных форм дизонтогенеза. С решением этих вопросов непосредственно связан выбор путей общеобразовательного и трудового обучения аномального ребенка или подростка, прогноз его обучаемости, установление рационального соотношения между собственно педагогическими и лечебно-приспособительными мерами компенсации выявившейся аномалии. Таким образом, патопсихологическое исследование не только способствует лучшему пониманию характера аномалии развития, но и служит основой для разработки коррекционных рекомендаций, которыми предлагается пользоваться в работе с ребенком педагогам и родителям.

Чаще всего имеют дело с двумя проблемами:

- с причинами неуспеваемости и отставания психического развития (F84.9) — с его степенью и структурой;
- с трудностями поведения нормально развивающихся детей и подростков.

При этом необходимо учитывать, что отставание в психическом развитии может быть связано как с наличием олигофрении (F70–F79), так и с другими причинами: педагогической запущенностью (F84.9), последствиями длительной астенизации, прогредиентными психическими заболеваниями. Исходя из данных

возрастной психологии о развитии высших психических функций у нормального ребенка, патопсихолог может не только квалифицированно оценить степень и характер задержки умственного развития, но и сделать вывод о потенциальных возможностях отстающего ребенка, исследуя различные стороны его психической деятельности. Отсюда следует заключение о соответствии этих возможностей требованиям массовой школы, целесообразности обучения в санаторной школе или необходимости направления ребенка во вспомогательную школу или специализированное учреждение. Такое исследование может также помочь обнаружить лежащее в основе задержки умственного развития (F84.9) процессуальное, психическое заболевание, требующее лечебного вмешательства.

Исследование личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза. Получение данных для функционального диагноза, играющего существенную роль в практике врачебно-трудовой экспертизы и служащего основой работы по реабилитации больных, составляет отдельную группу диагностических задач, требующих деятельного участия патопсихолога и придающих психологическому обследованию специфическую направленность. Функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его связи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств (Воловик, Вид, Коцюбинский). Наряду с нозологическим, синдромным диагнозами и диагнозом течения, определяющими долговременный прогноз и стратегию лечения, функциональный диагноз является составной частью клинического диагноза и служит для обоснования системы реабилитационных мероприятий. В структуре функционального диагноза выделяют три аспекта:

- клинико-психопатологический (уровень или стадия проявления заболевания, структура дефекта и функциональная оценка психопатологического состояния с точки зрения возможностей его компенсации и влияния на социальную адаптацию больного);
- психологический (характеризует личность пациента и значимые для его социальной и профессиональной адаптации отношения);
- социальный (отражает реальную жизненную ситуацию и характер включенности в нее больного с учетом его преморбидного опыта).

Психологический эксперимент строится по принципу моделирования определенной предметной деятельности. При установлении функционального диагноза врач ориентируется на выявление в первую очередь тех особенностей психики больного, психических процессов и свойств личности, которые имеют особое значение для социальной и профессиональной адаптации больных. При этом оказывается важным установление не только пораженных, но и сохранных функций и определение возможностей и способов компенсации в различных видах деятельности. Оценивая под таким углом зрения структуру и степень нервно-психических расстройств, патопсихолог способствует формулированию всех трех аспектов функционального диагноза. В определении психологического и социального аспектов патопсихологу должна принадлежать ведущая роль.

Оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности лечения. Применение психологических методов для оценки динамики нервно-психических нарушений может оказаться полезным при отсутствии четких клинических критериев (малосимптомные варианты заболевания, диссимуляция болезненных переживаний), при необходимости более глубокого суждения о динамике отдельных психических процессов и состояний в связи с задачами установления функционального диагноза, а также для прицельной оценки фармакодинамических эффектов или эффективности лечебно-восстановительных приемов. Частным примером может служить обнаружение плацебо-эффекта и определение степени его выраженности. Выявление некоторых свойств личности пациента (высокая степень внушаемости и психологической зависимости, особенности интеллектуального склада, установка на определенный вид лечения) в соответствующих случаях позволяет предсказать возможность возникновения плацебо-эффекта. Другая сфера применения психологических методов для выявления динамики нарушений касается установления изменений в системе отношений и в социальной позиции больного в связи с осуществляемой психокоррекционной работой. В некоторых случаях перемены такого рода, имеющие принципиальное значение для оценки основных тенденций болезни, обнаруживаются с достаточной определенностью лишь психологическими методами, порой в противоречии с актуальными жалобами больного и его представлением о своем состоянии. Во всех случаях определение динамики состояния больного с помощью психологических методов требует сопоставления данных, полученных при повторном использовании сходных по сложности, характеру и специальной направленности методов, которые по содержанию и форме предъявления должны по возможности отличаться, чтобы уменьшить (если не исключить) искажения, вызванные приобретением навыков выполнения заданий.

Следует остановиться еще на одном аспекте применения психологических методов для оценки эффективности терапии — исследовании отношения больного к лечению и реабилитационным мероприятиям в целом и к тому или иному конкретному лекарству в частности. Эта проблема особенно актуальна в тех случаях, когда больной открыто не высказывает своего отношения к медикаментозной терапии и психосоциальным воздействиям и оно для врача неясно. Получение таких сведений необходимо при выписке больного с назначением поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Информация, предоставленная психологом, может помочь лечащему врачу определить наиболее адекватную тактику.

Участие в экспертной работе. Психологическое обследование является важным элементом экспертиз (врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической, судебно-психиатрической), а в судебной практике может выступать в качестве самостоятельного вида доказательств. В зависимости от вида экспертизы и содержания поставленных перед экспертом вопросов психологическое обследование подчиняется тем или иным специальным задачам.

Участие патопсихолога в реабилитации больных и в психокоррекционной работе. При реабилитации больных фармакобиологические средства, психосоциальные методы лечения и мероприятия направлены на социальное окружение и оптимизацию внешних условий адаптации. Они фокусируются на предотвращении

или снижении стойких последствий заболевания и на восстановлении или укреплении личного и социального статуса больных, требуют участия патопсихолога и предоставляют возможности для реализации профессиональных знаний и навыков. Важной формой организации этой деятельности являются бригадные формы работы, в которых руководящая роль врача осуществляется при равноправном участии различных других специалистов. Врач и патопсихолог, сотрудничая в бригаде с социальными работниками, специалистами по трудовой терапии и терапии занятостью, по лечебной физкультуре и др., привносят в работу не только разные элементы, но и рассматривают однородные явления под различным углом зрения, взаимно дополняя друг друга.

При этом врач отражает, с учетом данных психологического исследования, клинический аспект рассмотрения больного и клинико-патогенетические обоснования лечебно-восстановительной программы, в то время как психолог больше сосредоточен на личностном (и межличностном) подходе к больным и к отношениям в терапевтическом коллективе. Выполняя самостоятельные функции, патопсихолог обеспечивает соответствующей информацией других членов бригады, оценивает со своих профессиональных позиций поступающую от них информацию и использует ее для повышения эффективности согласованной работы.

Задачи патопсихолога в работе по реабилитации психически больных (Кабанов) в основном можно свести к следующему.

1. Изучение личности больного, структуры нарушений и механизмов их компенсации, социальных позиций и ролевого поведения больного в различных группах, получение данных для функционального диагноза и динамическая коррекция с учетом задач и результатов восстановительного лечения.
2. Социально-психологическое исследование общения больных, взаимоотношений в семьях и в лечебных группах, их динамики в процессе психопедагогической и социотерапевтической работы.
3. Исследование терапевтического коллектива, взаимоотношений больных и медицинских работников и разработка рекомендаций по оптимизации терапевтической среды.
4. Оценка психологических факторов внетерапевтического социального окружения, оказывающих влияние как на формы организации терапевтической среды в медицинских учреждениях, так и на способы и возможности реабилитации лиц, перенесших психические и другие заболевания, и совместное с врачом проведение мер, способствующих изменению влияний среды в нужном направлении.
5. Непосредственное участие в проведении лечебно-приспособительной, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Методы патопсихологического исследования в клинике. Диагностическое исследование состоит в том, что больному предъявляются задание или ряд заданий, специально подобранных и имеющих прицельную направленность, а процесс и результаты их выполнения, рассматриваемые с учетом отношения испытуемого к исследованию, его реакций, комментариев, словесного отчета и т. п., используются для заключения о тех или иных характеристиках его психической деятельности.

Такое исследование служит инструментом более тонкого психопатологического анализа, способствующего обнаружению нарушений или уточнению их структуры. Оно позволяет также получить диагностически значимую информацию за счет экспериментальных данных, лежащих вне плоскости психопатологического анализа.

Наконец, оно должно дать представление о ненарушенных сторонах психической деятельности, свойствах личности и системе ее отношений.

Применяемые для этого методы можно разделить на стандартизированные и нестандартизированные.

Нестандартизированные методы не унифицированы, отличаются «прицельностью», направленностью на определенные виды психической патологии и программируются индивидуально для каждого испытуемого. Эти методы создаются для изучения конкретных нарушений психической деятельности и могут избирательно применяться для исследования тех или иных особенностей психических процессов в соответствии с поставленной диагностической задачей. Так, метод формирования искусственных понятий (Выготский) используется, например, для выявления отличительных особенностей понятийного мышления при различных психических заболеваниях, прежде всего при шизофрении (F20–F29) и некоторых органических поражениях головного мозга (F00–F09). Метод классификации предметов Гольдштейна широко применяется для анализа различных нарушений процессов отвлечения и обобщения. В настоящее время клиническая психология располагает большим количеством таких методов, достаточно полно описанных в соответствующих пособиях и руководствах.

В нестандартизированном варианте применяются многие методы исследования познавательных процессов (мышления, восприятия, памяти). В частности, для исследования нарушений мышления пользуются методами классификации, предметных картинок, исключения предметов, исключения понятий, наборами пословиц и др. Расстройства внимания и памяти исследуют с помощью корректурной пробы Анфимова–Бурдона, черно-красных цифровых таблиц Шульте–Горбова. Методы Крепелина, Эббингауза, набора слогов и слов применяют для исследования кратковременной памяти. Нестандартизированными также являются методы незаконченных предложений, попарных профилей, тематический апперцепционный тест (ТАТ) и другие методы для исследования личности.

Основной при таком подходе — принцип моделирования определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности больного. Заключение патопсихолога строится не только и не столько на оценке конечного результата (эффекта) деятельности больного, сколько на содержательном анализе способов деятельности, особенностей самого процесса выполнения заданий. Это позволяет реализовать важный принцип психологического исследования: одновременное выявление и сопоставление нарушенных и сохранных сторон психической деятельности. При этом должны учитываться как поиски решения самим больным, так и его способность воспользоваться помощью экспериментатора. Задание предъявляется больному для выполнения в регламентированном или свободном режиме и при неопределенности результатов может тут же уточняться путем его видоизменения или введения дополнительных заданий.

При таком исследовании ведущим является качественный анализ психической деятельности, основанный прежде всего на личном опыте патопсихолога, к квалификации которого предъявляются тем самым высокие требования. Совершенно необходима дифференциация подходов и форм предъявления заданий в зависимости от состояния больного, его интеллектуального и культурного уровня и отношения к исследованию.

В диагностической работе широко используют стандартизированные методы. О таких методах можно говорить в тех случаях, когда группы соответствующим образом подобранных и структурированных заданий предъявляют в одинаковой форме каждому испытуемому. Предоставляется возможность сопоставления способа и уровня выполнения задания испытуемым и другими лицами. Стандартизированные методы можно также определить как широко понимаемые тесты, причисляя к ним так называемые интеллектуальные тесты и различные методы исследования личности.

Тот или иной набор стандартизированных методов психологического исследования, как и при использовании нестандартизированных методов, подбирается для каждого испытуемого с учетом поставленной диагностической задачи. Однако способ анализа результатов, полученных по каждому отдельному методу, основывается в случае применения стандартизированных методов главным образом на количественной оценке, которая сопоставляется с оценками, полученными ранее на соответствующей выборке больных с патологией психики и на здоровых испытуемых. Стандартизированные методы кроме унификации самих заданий должны быть нормализованы, т. е. иметь шкалу оценок (норм), созданную на основе эмпирического предварительного исследования; должны обладать вычисленной степенью устойчивости результатов (надежности) и с достаточной точностью оценивать состояние определенных характеристик психической деятельности (память, внимание и др.), т. е. иметь необходимый коэффициент валидности.

Принципы индивидуализации в выборе методов при использовании стандартизированных их видов не могут применяться столь же гибко, как при нестандартизированных. Этому в известной мере препятствует жесткая запрограммированность таких методов как в отношении типа и последовательности предъявляемых заданий, так и в отношении оценки полученных данных. Кроме того, такая организация эксперимента заключает в себе и определенные преимущества, обеспечивая возможность сравнивать результаты. Стандартизированные методы оказываются также более адекватными для решения диагностических задач в условиях дефицита времени, при массовых обследованиях и при необходимости групповой оценки испытуемых. В связи с задачами клинической диагностики тесты должны всегда применяться в комплексе с другими методами. Это дает возможность использовать индивидуальный клинический контроль помимо контроля валидности на основе коэффициента, рассчитанного при создании теста. Следует с большей осторожностью относится как к нормам, так и к коэффициентам валидности, рассчитанным не на той популяции, к которой принадлежит испытуемый, что часто встречается при использовании зарубежных тестов без их надлежащей адаптации. Более того, хорошо известно, что и сами задания и нормы с течением времени теряют свою адекватность и нуждаются в периодической проверке.

Дифференцированное применение стандартизированных тестов и нестандартизированных методов психологической диагностики может оказаться эффективным. Это можно пояснить на примере использования так называемых проективных методов — и стандартизированных и нестандартизированных. Они основаны на предъявлении испытуемому малоструктурированного, перцептивно неоднозначного материала, который интерпретируется испытуемым в аспекте его предыдущего жизненного опыта и ожиданий с точки зрения актуальной системы отношений, потребностей, ценностных ориентаций. Это позволяет психологу прийти к соответствующим заключениям об особенностях психики больного, его личности и значимых отношений. В частности, порядок предъявления заданий и анализа результатов по проективному методу составления испытуемым рассказов по заданным ключевым словам или по рисункам с неопределенным содержанием (по типу ТАТ) могут быть гибко индивидуализированными в зависимости от поставленной диагностической задачи, например в целях выявления скрытых бредовых переживаний, диссимулируемых суицидальных тенденций и т. п. В то же время для выяснения структуры отношений больных в психокоррекционной группе целесообразно применение стандартизированных методов.

Следует учитывать, что практически все нестандартизированные методы могут быть стандартизированы, а большинство субтестов, входящих в стандартизированные методы, можно использовать в нестандартизированном варианте для качественного анализа обнаруживаемых особенностей психической деятельности.

Кроме патопсихологических методов для решения диагностических задач, особенно в неврологической, нейрохирургической, гериатрической и детской практике, применяются нейропсихологические методы. Они направлены на исследование особенностей речи, зрительного, слухового и слухо-речевого гнозиса; помогают выявить особенности нарушений кратковременной и долговременной памяти (модально-специфические расстройства), при которых преобладает патология памяти определенной модальности — зрительной, тактильной, слуховой и слухоречевой. Наиболее распространены нестандартизированные варианты нейропсихологических методов, но применяют и стандартизированные (Вассерман).

При выборе психологических методов необходимо учитывать следующее.

1. Если целью исследования является дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии, то выбор методов определяется особенностями предполагаемого нарушения. Для многократных исследований в ходе лечения избирают методы, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.
2. Важно принимать во внимание образование больного и его жизненный опыт. Например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания на образование сложных аналогий.
3. Необходимо учитывать особенности контакта с больным. Так, при обследовании больных с нарушением деятельности слухового анализатора используют задания, рассчитанные на зрительное восприятие.

В процессе исследования обычно применяют задания, все возрастающие по сложности. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожи-

дают проявлений псевдодеменции (F68.1), аггравации или симуляции. В этих случаях более трудные задания иногда выполняются испытуемыми нарочито неверно.

Для проведения исследования патопсихолог должен располагать необходимым арсеналом методов с учетом всех рассмотренных выше требований.

Особое внимание необходимо при использовании оригинальных методов или модификаций уже известных. В этих случаях нужна их апробация на статистически достоверной группе обследуемых для подтверждения правильности предположения о направленности этого метода на изучение данной психической функции и надежности полученных результатов.

Зейгарник, учитывая всю сложность проведения патопсихологического эксперимента в клинике, отмечала, что этот эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов, а на изучение человека, совершающего реальную деятельность, на качественный анализ различных форм распада психики, раскрытие механизмов нарушенной деятельности и возможности ее восстановления. При исследовании познавательных процессов экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Любой психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, поэтому следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики. Они должны быть надежны, статистическая обработка материала производится там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не может заменить качественную характеристику экспериментальных данных.

Подчеркивая, что основным принципом построения патопсихологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного, Зейгарник отмечала, что важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслил, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Анализ ошибок (именно анализ, а не только установление), возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой наиболее показательный материал для оценки тех или иных особенностей психической деятельности больных. Психологу важно учитывать замечание Зейгарник: построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента многообразием, бóльшим количеством применяемых методов. Объясняется это тем, что процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушились только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Вместе с тем в ходе патопсихологического эксперимента должны выявиться не только структура измененных форм психической деятельности больного, но и данные о ее сохранных сторонах. Это особенно важно при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Порядок проведения патопсихологического исследования

Психологическое исследование складывается из следующих этапов.

1. *Изучение истории болезни, беседа с врачом и конкретизация задачи исследования.* Задачи перед патопсихологом ставятся врачом, который должен быть знаком с перечнем основных диагностических вопросов, требующих применения психологических методов. Формулируя задачу, врач сообщает психологу основные клинические данные о больном, существенные для проведения психологического исследования и анализа его результатов. Психолог, знакомясь с историей заболевания, особенностями психического состояния больного, вопросами, которые ставит врач, конкретизирует для себя задачу исследования, выбор методик и порядок их предъявления. Врач должен соответствующим образом объяснить больному цели психологического исследования и содействовать выработке у него положительной мотивации для работы с психологом.

2. *Проведение патопсихологического исследования.* Достоверность результатов в значительной мере зависит от отношения к нему больного и во многом определяется умением психолога установить контакт с больным, найти правильный тон в общении с ним. Лишь после того, как психолог убедится, что необходимый контакт установлен, больной понял цель исследования, можно приступать к проведению эксперимента. Инструкция должна быть четкой и мотивированной. В ходе исследования необходимо наблюдать за поведением больного и учитывать его поведение при интерпретации результатов.

Поведение во время эксперимента — даже то, как больной принимает задание или инструкцию — может свидетельствовать об адекватности больного, уровне его активности, эмоционально-волевых ресурсах. Особое внимание уделяется мотивации, смысловой значимости обследования для больного, его отношению и поведению в процессе исследования.

Беседа психолога с больным состоит из двух частей:

1. Беседа до экспериментальной работы.
2. Беседа во время эксперимента. Эксперимент всегда предполагает общение с больным, оно может быть вербальным и невербальным (мимика экспериментатора). Беседа всегда зависит от поставленной задачи, соответственно которой и проводится эксперимент.

Экспериментальное патопсихологическое обследование включает наблюдение за больным, его поведением, мимикой, жестикуляцией и т. д. Наблюдение при этом не должно носить навязчивый характер. Оно является не отдельным, а дополняющим экспериментальным приемом, включено в структуру самого эксперимента.

Наблюдение за характером поведения, анализ высказываний исследуемого позволяют выделить несколько видов отношения испытуемого к обследованию (Костерева):

- активное — больные с интересом, желанием включаются в обследование, адекватно реагируют на успех и неудачи, охотно интересуются результатами исследования;
- настороженное — больные вовлекаются в процедуру обследования с некоторой неуверенностью, страхом, иронией, подозрительностью, которые в процессе работы нивелируются; наряду с аккуратностью и исполнительностью отмечается диссоциация между субъективными переживаниями и внешним выразительным компонентом поведения («задержанная форма реагирования»);
- формально ответственное — больные выполняют требуемые экспериментатором задания без личной заинтересованности: эмоциональная реакция на качество выполняемого задания отсутствует, результатами исследования не интересуются;
- пассивное — требуются коррекция и стимуляция больных, отсутствует или отмечается неустойчивая установка на обследование, необходимы дополнительная поддержка, мотивация;
- негативное, неадекватное — больные отказываются от обследования, выполняют задания хаотично, не следуя инструкции.

Сообщение врача и психолога о необходимости исследования принимается больным в зависимости от его личностных установок на болезнь. Рассмотрение не только актуализации отношений к эксперименту, но и определяющих их поразному мотивированных отношений позволяют глубже понять целостную реакцию личности, ее отношение к себе и болезни. По словам С. Я. Рубинштейн, «чем сохраннее личность больного, тем отчетливей связь тех или иных жизненных интересов с его позицией во время исследования».

Длительность непрерывного патопсихологического исследования не должна превышать 2 часов, а при повышенной утомляемости больных, особенно пожилого и старческого возраста, — 30–40 минут. Обычно в целом психологическое обследование требует в среднем 3,5–4 часа. Поэтому его приходится проводить в течение 2 дней, а иногда — 3–4 дней. При трудностях включения больного в исследование и при повышенной истощаемости общее время обследования может быть сокращено за счет уменьшения числа предъявляемых методов. Так, время исследования интеллектуальной деятельности с помощью стандартизированного набора может быть сокращено вдвое за счет предъявления только четных или нечетных заданий теста, результаты применения которых, как известно, высоко коррелируют между собой. Еще большие возможности для сокращения времени исследования предоставляют нестандартизированные методы.

Исследование должно проводиться в специально выделенном помещении, предпочтительно в первой половине дня. Психолог должен стремиться к поддержанию у испытуемого равномерного интереса к исследованию, обсуждать с ним его ход и общие результаты, давать необходимые разъяснения. О ходе обследования, особенно если оно затягивается, следует информировать врача.

3. Обработка и анализ данных патопсихологического исследования. При использовании большинства методов — как стандартизированных, так и нестандартизированных — сначала производят количественную обработку данных: число и процент правильных и ошибочных ответов в определенные промежутки времени при выполнении различных заданий, оценку написанных рассказов, выполненных рисунков, расшифровку записей. Только после такой предварительной подготовки психолог может приступить к качественному анализу результатов исследования, который предпринимается под углом зрения поставленных вопросов. При этом может оказаться необходимым продолжить эксперимент, изменить его последующий ход, включить дополнительные методы.

Количественная оценка данных, полученных стандартизированными методами, облегчается заранее заданными способами выставления оценок за выполнение отдельных заданий, применением специальных трафаретов для упрощения суммирования оценок при большом их числе, использованием таблиц-матриц для графического представления полученных данных. Дальнейший анализ носит преимущественно качественный характер. Следует при этом помнить, что количественные оценки, полученные при использовании как стандартизированных, так и нестандартизированных методов, являются вероятностными, т. е. указывают лишь на бóльшую вероятность наличия у больного снижения, например, интеллекта или выраженной тревоги. При окончательном заключении психолог должен учитывать всю сумму разнообразных факторов, включая образование больного, его состояние во время исследования, отношение к исследованию.

4. Описание результатов, заключение по психологическому исследованию, пределы компетенции психолога. Заключение составляется по определенному плану, позволяющему последовательно изложить результаты исследования. Для написания заключения удобно использовать специальный бланк. Два его первых раздела — 1) паспортную часть, содержащую краткие данные о больном и клинический диагноз, и задачу исследования, сформулированную при направлении больного, например уточнение предполагаемого диагноза шизофрении (F20–F29), психопатии (F60–F69) или невроза (F40–F48); 2) определение степени и структуры психического снижения — заполняет врач. Изложение основных результатов исследования начинается с описания поведения больного во время исследования и его отношения к последнему.

Костеревой выделены три основные категории смысловой значимости обследования:

1) адекватная мотивация — больные считают важным данное исследование и расценивают его как интеллектуальное испытание, обнаруживая познавательный интерес к выполняемым заданиям;
2) эготропная мотивация — интерес, проявляемый к обследованию, детерминируется эгоцентрическими установками и мотивами самоутверждения («деловой интерес» к методам, стремление обратить на себя внимание, заслужить похвалу, получить сочувствие);
3) нозотропная мотивация — поведение в психологическом обследовании определяется проекцией болезненных переживаний и установок (заинтересованность в связи с проверкой концепции болезни, самоанализом в связи

с чувством измененности, негативизм при диссимуляционных тенденциях, страх обнаружить свою несостоятельность).

Затем в сжатой форме приводят результаты, полученные с помощью конкретных психологических методов, причем выводы в каждом случае иллюстрируют конкретными примерами. Наряду с качественным анализом выполнения больным различных заданий приводят и количественные характеристики:

- число правильных и ошибочных решений;
- итоговые статистические оценки;
- типы профилей, полученные при использовании стандартизированных методов.

Описание полученных данных должно быть подчинено ответу на основной вопрос, поставленный перед психологическим исследованием. Другие данные приводят постольку, поскольку они содержат дополнительную диагностически значимую информацию, полученную психологом и выходящую за рамки первоначально поставленной задачи.

В последнем разделе формируется заключение по патопсихологическому исследованию. Оно должно содержать конкретный ответ на поставленные вопросы:

- особенности личности;
- наличие характерных изменений мотивационной сферы;
- нарушения различных сторон мышления.

Психолог констатирует, например, равномерное снижение внимания и памяти, преимущественно кратковременной, лабильность волевого усилия, утомляемость. Однако, приходя к заключению о наличии тех или иных расстройств познавательных процессов или личностно-мотивационной сферы, характерных для отдельных заболеваний, психолог не вправе ставить диагноз, который относится к компетенции лечащего врача и который основывается на комплексе данных: результатах изучения анамнеза, сведениях об объективном статусе больного, динамике болезни и результатах лабораторных исследований, включая данные психологического эксперимента.

Пределы компетенции психолога заметно расширяются при постановке функционального диагноза. Если для дифференциальной диагностики функциональный диагноз представляет лишь дополнительную диагностическую информацию, то личностный и социальный аспекты функционального диагноза формулируются самим психологом. Психолог играет также весомую роль и при определении клинико-психопатологического аспекта функционального диагноза, поскольку этот аспект основывается во многом на изучении структуры нервно-психических расстройств, в оценке которой значимое место принадлежит патопсихологическому исследованию.

Расстройства психических процессов

Расстройства сенсорно-перцептивной сферы. Сенсорный образ содержит в себе информацию о месте действия раздражителя и об отдельных модальных свойствах действующего объекта; перцептивный образ — информацию о локализации

в пространстве воспроизводимого объекта, о его форме, величине и модальных характеристиках.

Ощущения являются основой многих симптомов и синдромов разнообразных болезней, одними из элементарных (простых) психических явлений. Они могут иметь осознаваемый и неосознаваемый характер и влиять на особенности предъявления пациентом жалоб на состояние собственного здоровья, что существенным образом отражается на процессах диагностики и лечения.

Расстройства ощущений (чувствительности) широко представлены в клинике нервных болезней и описываются в руководствах по неврологии. Что же касается нарушений восприятия, то они являются предметом описания в общей психопатологии. Не останавливаясь на хорошо известной семиологии при нервно-психических расстройствах, приведем лишь результаты ряда исследований, расширяющих наши знания о нарушениях ощущений и восприятия в медико-психологическом плане, в частности в связи с задачами патогенетической и дифференциальной диагностики.

В области пограничных состояний наибольший интерес представляют исследования расстройств чувствительности у больных неврозами (F40–F48) и неврозоподобными состояниями (F06), возникающими при органическом поражении лимбических систем (Шогам). Семиология расстройств чувствительности у больных неврозами в настоящее время значительно отличается от традиционно описываемой в классической литературе, в том числе и в учебниках. В клинике современных неврозов гомогенные анестезии уступили место фрагментарным вариантам по типу полос, лент, пятен. Часто встречавшееся прежде одновременное нарушение разных видов чувствительности сменилось диссоциированными вариантами с преимущественным изменением болевой чувствительности. Гипальгезии и гипестезии по частоте и выраженности уступили место гиперальгезиям, гиперестезиям.

Изучение особенностей чувствительности у практически здоровых людей показало, что на патоморфозе расстройств чувствительности у больных неврозами сказались сдвиги функционального состояния сенсорных систем, обнаруживаемые и у здоровых (заострение, утончение дискриминативных видов чувствительности, уменьшение диапазона прочности адаптационных механизмов болевой чувствительности) из-за изменения функционального тонуса неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса и других церебральных образований, участвующих в обеспечении общей чувствительности. Возможно, эти явления наблюдаются у практически здоровых людей под влиянием возрастающего напряжения жизни.

В качестве характеристик общих особенностей расстройств чувствительности при неврозах выступают их нестабильность, отсутствие четкой локализации, незначительная выраженность вегетативных и трофических расстройств, яркость окраски переживаний либо, напротив, отсутствие активных жалоб, когда нарушения чувствительности выявляются лишь при объективном исследовании. Нарушения «схемы тела» у больных неврозами отличаются менее выраженными эмоциональным компонентом и образностью, сопровождаются неуверенностью больного в их существовании. При сравнении психосенсорных нарушений у больных с органи-

ческой патологией лимбической системы и неврозами у последних выявлена бóльшая тусклость, мягкость, бóльшая степень отчуждения и меньшая интериоризация переживаемых ощущений. При органических заболеваниях головного мозга (F00–F09), сопровождающихся раздражением неспецифических структур межуточного мозга, медиальных и базальных отделов лобных и височных долей, отмечено выраженное заострение контактной чувствительности, которое обозначается как синдром эпикритической гиперестезии, связанный с гиперактивацией сенсорных систем. Для современной клиники неврозов весьма типичны нарушения болевой чувствительности. Если потеря болевой чувствительности в настоящее время встречается относительно редко, то усиление болевого чувства и так называемые психогенные боли часты у больных с различными формами неврозов (F40–F48).

Исследование особенностей нарушений восприятия при неврозах представляет самостоятельный интерес для выяснения их психологических механизмов и имеет общепсихологическое значение, способствуя, в частности, изучению роли личностного фактора в восприятии (С. Я. Рубинштейн, Мясищев, Зейгарник и др.). При изучении особенностей восприятия больных неврозами учитывались их личностное отношение к объекту и зависимость восприятия от интеллекта (Гильяшева). Больным предъявлялись изображения предметов, различающихся по степени эмоциональной значимости для испытуемых. Более эмоционально значимые изображения чередовались с менее значимыми или нейтральными. Время экспозиции начиналось с подпорогового и увеличивалось постепенно до момента правильного узнавания объектов. После эксперимента испытуемого просили перечислить по памяти предъявлявшиеся изображения.

Среднее время узнавания изображений предметов у больных неврозами статистически достоверно превышало соответствующие показатели у здоровых испытуемых. Причем это отличие определялось не столько временем минимальных экспозиций, необходимых для узнавания, сколько возрастанием времени максимальных экспозиций, наблюдавшемся у больных. Анализ увеличения времени узнавания позволил установить у большинства больных его связь с индивидуальной эмоциональной значимостью изображаемых объектов. Эта индивидуальная значимость определялась на основе последующего отчета испытуемого, его поведения и высказываний во время опыта. В некоторых случаях она устанавливалась в дополнительных исследованиях с помощью проективных методов (ТАТ), находила подтверждение в сопоставлении с анамнезом жизни и болезни.

Роль эмоционального отношения проявлялась также в содержании ошибок узнавания, когда один объект принимался за другой, индивидуально значимый. Так, больная С. приняла изображение кошелька за подушку (танатофобия, страх задохнуться в постели), больная Р. — птиц за ножи (страх перед хирургической операцией), больная Н. в изображении конверта увидела дом (семейно-бытовой конфликт в связи с отсутствием достаточной жилплощади) и т. д.

Изучалась также взаимосвязь процесса зрительного восприятия у больных неврозами с уровнем их интеллекта. Тахистоскопическое исследование времени восприятия относительно простых объектов зависимости его от уровня интеллекта не обнаружило. Однако при восприятии и осмыслении сложных изображений

(ТАТ) выявлялась зависимость содержания воспринимаемого от низкого уровня интеллекта испытуемого: недостаток интеллекта при условии эмоционального отношения приводил к более грубым ошибкам восприятия. У больных шизофренией (F20–F29) при наличии общей тенденции к увеличению времени узнавания объектов также наблюдалась, хотя и реже, чем при неврозах (F40–F48), зависимость увеличения времени опознания от эмоционального отношения к объекту. Отклонение времени от средней величины было в этих случаях значительно больше, чем у больных неврозами, что следует учитывать в связи с проблемой так называемой эмоциональной тупости больных шизофренией.

В свете приведенных данных представляют интерес результаты исследований, проведенных Костандовым. При изучении особенностей восприятия эмоционально значимых слов у людей, совершивших противоправные действия, установлено, что в 2/3 случаев пороги опознания эмоционально значимых слов оказались выше, а у 1/3 испытуемых — ниже, чем пороги опознания эмоционально нейтральных слов. Объясняя эти результаты, Симонов предлагает оценивать их с учетом мотивации, формирующей эмоциональное напряжение. Преобладание мотивов самосохранения, боязни разоблачения и наказания, возможно, способствует появлению защитных психологических механизмов с характерным повышением порогов восприятия, и, напротив, доминирование чувства раскаяния и вины может сопровождаться понижением порогов восприятия. Нередко сосуществование мотивов первого и второго типов делает вполне возможным колебание порогов восприятия в обе стороны у одного и того же испытуемого на протяжении одного и того же эксперимента.

В связи с приведенным выше необходимо отметить, что в 40-х гг. XX в. в американской психологии были начаты исследования, в которых восприятие рассматривалось как избирательный процесс, определяющийся и объективными качествами внешнего стимула, и мотивационными факторами, прошлым опытом личности. Результатом этих исследований стало, в частности, понятие «перцептивной защиты» — повышения порогов восприятия применительно к объектам, которые могут приводить к нарастанию тревоги, эмоционально-аффективного напряжения. Это направление исследований заслуживает внимания, поскольку свидетельствует о необходимости признания процесса восприятия как активной «пристрастной» деятельности. В то же время в этих исследованиях содержание личностного компонента восприятия нередко сужалось до агрессивных тенденций и чувства тревоги; из психологического анализа выпадала деятельность личности, сформировавшиеся социальные мотивы, их иерархия, содержание и смыслообразующая функция (Зейгарник). Заслуживает внимания, что исследование с помощью многочисленных методик восприятия у больных неврозами, без специального учета личностного фактора, значительных нарушений функции восприятия не выявило.

Исследовались характеристики сенсорной сферы у лиц, страдающих психопатией (F60–F69), и изменения ее в зависимости от степени эмоциональной заинтересованности больных (Иваницкий). Для психопатов возбудимого круга (F60.30) характерной была повышенная лабильность сенсорных факторов перцепции с тенденцией к повышению чувствительности в условиях повышения эмо-

ционального тонуса. Перцептивные характеристики лиц с психопатиями тормозного круга (F60.7), напротив, отличались ригидностью и понижением сенсорной возбудимости при тех же условиях.

При экспериментально-психологическом исследовании реактивной депрессии (F23.8) как наиболее распространенной формы реактивных психозов (F23) изучались особенности нарушения восприятия у больных с различными синдромами, определяющими клиническую картину заболевания: депрессивно-параноидным, астено-депрессивным и истеро-депрессивным синдромом. У всех больных выявлены расстройства различных видов восприятия — от нарушения элементарного узнавания предметов и их изображений до распознавания сложных наглядно-образных ситуаций и осмысления сюжетного материала. Для лиц с депрессивно-параноидным синдромом наиболее характерным было аффективное искажение восприятия с активным привнесением патологических переживаний. У больных с астено-депрессивным синдромом на первый план выступала фрагментарность восприятия с трудностью концентрации внимания и его переключаемости. При истеро-депрессивном синдроме восприятие испытуемых определялось их внушаемостью, характерными для этого синдрома были псевдоагностические включения типа апперцептивной и симультанной агнозий.

Многочисленные публикации посвящены исследованию сенсорной сферы у больных шизофренией. Во многих из них указывалось на интактность сенсорной сферы при этом заболевании. Однако эти представления были поколеблены работами, в которых установлены своеобразные нарушения сенсорной сферы у больных шизофренией с обманами восприятия и выявлены закономерные нарушения восприятия без продуктивной симптоматики и сколько-нибудь выраженной патологии восприятия (Поляков, Бажин).

Особенности перцептивной деятельности у больных с вялым течением юношеской шизофрении (F21) без галлюцинаторно-параноидных расстройств изучались на основании учета изменений структуры процессов слухового и зрительного восприятия при определенных условиях проведения эксперимента. Последние включали в себя неопределенность предъявляемого стимула, неполноту стимульной информации, затрудняющей идентификацию стимула, решающее значение прошлого опыта при опознании стимульного материала.

При указанном построении эксперимента выявлялись весьма типичные изменения процессов опознания зрительных и слуховых стимулов, выражавшиеся в том, что больные хуже, чем здоровые, опознавали те стимулы, которые были (на основе прошлого опыта) более ожидаемыми, и лучше узнавали стимулы, соответствующие образам, менее ожидаемым. Иными словами, при восприятии стимулов, характеризовавшихся высокой вероятностью, наблюдалось повышение порогов, а при восприятии маловероятных стимулов — понижение порогов (по сравнению со здоровыми испытуемыми).

На основании этих данных Поляков пришел к выводу, что у больных шизофренией ввиду нарушения актуализации сведений из прошлого опыта происходит перестройка процессов восприятия, связанная с необходимостью учета и анализа большего объема стимульных признаков для правильного опознания объекта. Такая перестройка свидетельствует о снижении оптимальности, экономичности

протекания перцептивных процессов и может иметь патогенетическое значение в формировании нарушений психической деятельности при шизофрении.

Исследования Бажина показали, что для больных со слуховыми и зрительными галлюцинациями типичны определенные расстройства слуховой и зрительной функций. При использовании системы показателей, характеризующих относительно более простые и более сложные стороны деятельности анализаторов, установлено, что патологический процесс, сопутствующий галлюцинированию, охватывает как субкортикальный, так и кортикальный уровень деятельности анализаторов. В прегаллюцинаторном периоде выявлены расстройства лишь на субкортикальном уровне. При галлюцинациях изменения касались как субкортикального, так и кортикального уровня. В постгаллюцинаторном периоде последовательно наблюдалось восстановление сначала на кортикальном, а затем и субкортикальном уровне деятельности анализаторов. Интересны данные, свидетельствующие об отсутствии модальностно-специфических расстройств, характеризующих субкортикальный уровень деятельности анализаторов: как при слуховых, так и при зрительных галлюцинациях они существенно не различались. Напротив, расстройства слуховой и зрительной функций, отражающие кортикальный уровень, оказались достаточно специфичными: они соответствовали клиническому виду галлюцинаций. Обращал на себя внимание установленный факт, что как при эндогенных (шизофрения), так и при экзогенных психозах (острый и хронический алкогольный галлюцинозы (F10.52), белая горячка (F10.51)) расстройства зрительного и слухового восприятия являются в целом сходными, что может указывать на известную близость конечных механизмов галлюцинирования.

Таким образом, эти данные свидетельствуют о сенсорном характере галлюцинаций, связанном с участием в процессах галлюцинирования анализаторных систем.

Согласно гипотезе С. Я. Рубинштейн, в возникновении и формировании слуховых галлюцинаций патогенетическую роль играет деятельность напряженного прислушивания больного человека. Человек не только слышит, он слушает, прислушивается. Именно ситуация тревожного прислушивания является определяющей для провоцирования обманов слуха. Это может объяснять и объединять различные обманы слуха, которые наблюдаются у здоровых лиц при крайне напряженном прислушивании, у больных с психическими заболеваниями и у лиц с нарушениями слуха. Хотя не все исследователи, работающие в данной области, согласны с подобной гипотезой, однако общее аффективное состояние больного — тревога, страх, напряженное ожидание чего-то плохого — и по другим данным оказывает существенное влияние на процесс слухового восприятия. Так, Бажин, изучая влияние личностных факторов на процессы восприятия путем со-здания ситуации, где сигнал в той или иной степени искажен шумами, показал, что больные с алкогольными психозами (F10.5) с удивительным постоянством иллюзорно, ошибочно принимали за слова, приобретающие угрожающий или презрительный характер (зарисовка — за решетку, пушистый — душить, снег — смерть, там — хам и т. п.), обычные, невыразительные, индифферентные словесные раздражители. Представляет интерес тот факт, что

у депрессивных больных содержание иллюзий отражало тему унижения, вины, т. е. соответствовало доминирующему аффекту.

Изучались особенности сенсорной сферы у больных шизофренией с позиций учения о функциональной специализации полушарий головного мозга. Оказалось, что у больных шизофренией имеется патологическая гиперактивация слухоречевых зон, причем эффект преобладания правого уха отсутствует. Оба полушария играют сходную роль в опознании звуков речи, т. е. функции речевых центров выполняют структуры не только левого, но и правого полушария. Специфические же для правого полушария функции по опознанию невербальных стимулов у больных шизофренией угнетены. Полученные данные привлекаются авторами для объяснения характерного для этих больных сочетания богатства словарного запаса и абстрактных сведений с нарушением коммуникативных функций и трудностью адаптации к повседневным ситуациям.

В патологии восприятия внимание исследователей привлекают деперсонализационные расстройства. Вовин и Меерсон сообщили о результатах изучения особенностей зрительного восприятия у больных с различными типами деперсонализации (F48.1). Первая группа была представлена больными с аутопсихической деперсонализацией, вторая — с сомато-, алло- и аутопсихической деперсонализацией (в противоположность больным первой группы характерной была выраженная чувственная окраска, но со снижением уровня восприятия). У больных третьей группы помимо деперсонализационных расстройств, типичных для предыдущих групп, отмечались более грубые расстройства психосенсорного синтеза в виде нарушения схемы тела, переживания уже виденного и др. При сравнении результатов исследования зрительного восприятия у больных этих трех групп оказалось, что у испытуемых первой группы зрительное восприятие отличалось неконкретностью и отвлеченностью (т. е. преобладали те стороны зрительного восприятия, которые связаны преимущественно с функционированием левого полушария). Напротив, у больных второй группы зрительное восприятие характеризовалось чрезмерной конкретностью и наглядностью (и следовательно, преобладали стороны зрительного восприятия, вероятно, в большей степени связанные с деятельностью правого полушария). У больных третьей группы полученные данные можно было интерпретировать как торможение функций правого полушария. У больных шизофренией без деперсонализационных расстройств явления утрированного преобладания обобщенной или конкретнообразующей стороны зрительного восприятия были выражены лишь незначительно.

Проблемой, ярко иллюстрирующей связь ощущений и эмоций, является проблема боли. Учитывая, что она одновременно имеет существенные для клинической практики психосоматические аспекты, представлялось целесообразным изложить ее в главе 14.

Расстройства памяти. В последние десятилетия интенсивные исследования мнестических процессов осуществлялись в нескольких аспектах — психологическом, нейропсихологическом, нейрофизиологическом. В то же время изучение мнестических процессов для собственно медицинских целей — патогенетической и дифференциальной диагностики болезней, осуществления наиболее эффективных лечебно-восстановительных программ — опирается на ряд принципиально

важных положений общепсихологической концепции памяти. Ведущим в этой концепции является представление о памяти как о психическом процессе, детерминированном деятельностью личности с присущими ей мотивированностью, направленностью и опосредованностью. Качества памяти определяются степенью участия соответствующего материала в деятельности субъекта, значимости его для достижения предстоящих целей (Выготский, Зинченко и др.).

Отмеченная личностно-мотивационная обусловленность мнестических процессов отчетливо выступает при рассмотрении особенностей памяти у больных неврозами (F40–F48) и реактивными психозами (F23), т. е. при заболеваниях, в механизмах развития которых ведущими являются личностно-мотивационные и эмоциональные расстройства.

Одна из наиболее характерных особенностей памяти у больных неврозами — нередкая диссоциация между степенью выраженности жалоб на снижение памяти и противоречащими им данными наблюдения за поведением больных в клинике. Хорошая память на прошлые и текущие события, значимые для пациента и включенные в психогению, нередко контрастирует с результатами экспериментально-психологического исследования памяти у тех же больных. При оценке этих результатов существенное значение приобретает отношение больных к эксперименту. Показатели памяти оказываются различными при неврозе, например, в случае установки на роль тяжелого «органического» больного и у пациента, стремящегося «доказать», что он не страдает психическим заболеванием.

Результаты выполнения заданий, связанных с памятью, больными неврозами, их успехи и ошибки почти непредсказуемы. Они часто делают ошибки на легких цифровых сериях и выполняют более сложные; нередко повторяют столько же цифр в обратном порядке, сколько и в прямом, а иногда и больше. Для больного неврозом каждая задача равносильна вызову, он боится впечатления, которое может произвести на исследователя, поэтому часто бывает «сверхкритичным», «заблокированным».

В литературе указываются и некоторые относительно характерные особенности памяти у больных неврозами. Кривая запоминания серии слов больных неврозами существенно отличается от таковой у здоровых. Она имеет неустойчивый характер: больной «забывает» слово, которое он только что произносил; многие больные нередко повторяют одно и то же слово несколько раз, не исправляя допущенную ошибку. В качестве одной из особенностей воспроизведения слов больными неврозами отмечается выраженность у них «фактора края»: практически все больные на протяжении исследования начинали воспроизведение серии с первых слов.

Показатели вариации и спектральных характеристик колебаний объема памяти являются чувствительным индикатором невротического состояния, превышая наблюдающиеся и в норме колебания показателей памяти у одного и того же испытуемого. Гильяшева установила, что выполнение больными неврозами субтеста «повторение цифр» методики Векслера в целом характеризуется относительно более низкими результатами (сравнительно с рядом других субтестов), что объясняется снижением у них не только непосредственной памяти, но и способности к концентрации внимания. Снижение памяти и внимания у больных неврозами часто рассматривается как отражение внутреннего беспокойства и тревоги.

В сопоставлении со здоровыми у больных неврозами выявлено достоверное снижение не только непосредственного, но и отсроченного воспроизведения предъявляемых стимулов.

У больных неврастенией (F48.0) с доминирующими астеническими проявлениями (астенический невроз) обращает на себя внимание недостаточность произвольного воспроизведения, уменьшающаяся с ослаблением степени астении. В этом случае нарушения памяти отражают общее снижение умственной работоспособности, ее истощаемость. В соответствии с ожидаемым результатом у больных с выраженными эмоционально-аффективными расстройствами (депрессивный и фобический синдромы) выявлены и относительно более значительные нарушения памяти.

Больные неврозом навязчивых состояний (F40, F42) характеризуются более высокими показателями выполнения субтеста «повторение цифр», что достоверно отличает эту группу от больных неврастенией и истерией (F44). В связи с этим представляют интерес особенности памяти у ананкастических личностей (F60.5): отмечены лучшие результаты в воспроизведении ближайших по времени событий, отражающие более высокий уровень их внимания. В то же время они несостоятельны в том, что касается реинтеграции собственно личностных воспоминаний. Не подтверждена гипотеза о возможном наличии у этой категории больных «высшей памяти», «гипермнезии», что могло бы способствовать пониманию механизмов обсессивных проявлений.

Особенности памяти исследовались у больных реактивным психозом (F23) (Криворучко). При депрессивно-параноидном и астено-депрессивном синдромах в остром периоде наблюдались выраженные расстройства оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти. Так, 10 слов, предложенных для запоминания, большинство больных не воспроизводили полностью даже после 10-кратного предъявления. Объем кратковременного и отсроченного запоминания слов в среднем равнялся 4 информационным единицам. (Здоровые испытуемые после третьего предъявления воспроизводили все слова, отсроченно — 9–10 слов.) Крайне затрудненным было также опосредованное запоминание: опираясь на свои рисунки, спустя 1 ч больные воспроизводили 2–3 слова из 10 предложенных. В остром периоде у больных с истеро-депрессивным синдромом была дезорганизована вся познавательная деятельность, в том числе мнестическая сфера. Выход больных этой группы из реактивного психоза сопровождался тенденцией к длительной фиксации расстройств острого периода, что и выявлялось в экспериментально-психологическом исследовании. По мере обратного развития заболевания и при восстановлении нормальной иерархии мотивов и установок отмечалось значительное восстановление мнестических функций у больных с депрессивно-параноидным синдромом и нормализация у больных с астено-депрессивными проявлениями, свидетельствующие о транзиторном характере мнестических расстройств.

Отмечены некоторые общие признаки психогенных амнезий (F44.0). Обычно они характеризуются нерезко очерченным началом, следуют за психотравмиру-

ющими переживаниями, парциальны. Истерические амнезии (F44.0) рассматривают как вариант психогенных.

При реактивных истерических расстройствах (F44) наблюдаются так называемые системные амнезии, когда амнезия распространяется только на те события, которые включены в психотравмирующую, патогенную для больного ситуацию. Такое избирательное забывание субъективно тягостных для пациента событий его жизни называют также кататимной амнезией. Реже системные амнезии встречаются при неврозах (F40–F48).

Расстройства памяти (особенно кратковременной) являются доминирующей характеристикой больных шизофренией (F20–F29). Некоторые исследователи приписывают ухудшения памяти трудностям в кодировании или восстановлении информации. Отсутствуют, в частности, и достоверные различия в показателях выполнения субтеста «повторение цифр» методики Векслера между больными шизофренией и неврозами. Наблюдаемое у больных шизофренией ухудшение памяти может иметь вторичный характер, обусловленный снижением волевого усилия, в частности кривая запоминания 10 слов по типу «высокого плато» при отсутствии патопсихологически определяемого снижения памяти является косвенным признаком наличия аффективно-личностных изменений. Некоторые из отмеченных выше особенностей памяти при неврозах характерны и для больных шизофренией: ошибки на легких цифровых сериях и правильное выполнение более сложных серий, лучшее запоминание цифр в обратном порядке, чем в прямом. Наибольшие различия могут выявляться у больных шизофренией сравнительно со здоровыми в воспроизведении семантически организованного материала. Больным предлагают рассортировать по любому принципу 30 карточек с напечатанными на них словами, а затем воспроизвести их. Результаты больных шизофренией были хуже, чем у здоровых испытуемых. Следовательно, на воспроизведение оказывала влияние смысловая организация материала.

У больных шизофренией определяются нарушения ассоциативной памяти при опосредованном запоминании. При использовании метода пиктограмм у подобных пациентов нередко выявляется чрезмерно формальный, бессодержательный, «выхолощенный» характер используемых обозначений, отсроченное воспроизведение пиктограмм сильно снижено. Херсонский обнаружил, что в период ремиссии пиктограммы больных шизофренией весьма приближаются к таковым у здоровых, выраженные отклонения выявляются в период обострения.

О необходимости учитывать мотивационный компонент в структуре памяти при оценке мнестической сферы у больных шизофренией свидетельствуют ставшие уже классическими исследования Зейгарник. Используя «феномен воспроизведения незавершенных действий», она показала, что незавершенные действия воспроизводились значительно лучше, чем завершенные. В то же время у больных шизофренией, в психическом статусе которых отмечались эмоциональная вялость, искажение мотивов, не было лучшего воспроизведения незавершенных действий. Если у здоровых испытуемых отношение воспроизведения незавершенных действий к завершенным равнялось 1,9, то у больных с простой формой шизофрении (F20.6) — только 1,1.

В работе Гайлене и соавт. отношение воспроизведения незавершенных действий к завершенным составило в группе здоровых — 1,41, у больных шизофренией с аффективно-бредовым синдромом (F22.9) — 1,10, с неврозо- (F21.3) и психопатоподобной шизофренией (F21.4) — 1,29, что соответствует степени выраженности нарушений мотивационной сферы у исследованных больных (бóльшая эмоциональная вялость и искажение мотивов у пациентов первой группы).

Выраженные мнестические расстройства наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга (F00–F09). Особенно яркие нарушения памяти характерны для больных со своеобразным амнестическим синдромом, описанным впервые Корсаковым и получившим название корсаковского психоза (F04). Он наблюдается при хроническом алкоголизме (F10.2). Помимо алкоголизма причинами данного синдрома могут быть недостаточность тиамина другой этиологии (голодание, неадекватное парентеральное питание), а также поражение структур гиппокампового круга в результате опухоли, травмы, нарушения мозгового кровообращения в бассейне задних мозговых артерий, острая гипоксическая энцефалопатия и др. Показано, что наиболее типичные картины корсаковского синдрома возникают при острых мозговых заболеваниях, сопровождающихся поражением диэнцефального отдела и правого полушария (Брагина, Доброхотова). Характерными особенностями корсаковского синдрома являются нарушения непосредственной памяти в виде забывания текущих событий, происходящих после развития заболевания (антероградная амнезия), выпадение из памяти событий, предшествовавших заболеванию (ретроградная амнезия), при сохранности памяти на события далекого прошлого, конфабуляции в отношении текущих событий, дезориентировка в месте и времени, а также ряд личностно-эмоциональных нарушений в виде благодушия, некритичности к нарушениям памяти и др. Объем оперативной памяти не снижается: если не отвлекать внимание больных, они могут удерживать в памяти значительные объемы материала. Семантическая и процедурная долговременная память, т. е. общие познания и представления о мире, автоматизированные навыки произвольной деятельности при корсаковском синдроме также не страдают.

Как отмечает Зейгарник, при экспериментально-психологическом исследовании непосредственной памяти у таких больных обнаруживается «низкое плато» без наращивания. Один из исследованных больных из пяти предъявленных слов воспроизвел после 5-кратного предъявления лишь последнее. Применение опосредования не улучшило запоминания: пациент из 10 слов запомнил лишь два при том, что сам процесс опосредования был ему доступен. Не смог больной воспроизвести и сюжет простого рассказа. Ссылаясь на результаты своих исследований, Зейгарник приходит к выводу, что при корсаковском синдроме имеют место затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов; это согласуется с данными Лурии о том, что нейрофизиологическими механизмами корсаковского синдрома являются нарушения ретроактивного торможения.

У больных с поражением диэнцефально-лимбических структур кривые запоминания не имеют характера постепенно восходящей линии, как это наблюдается в норме, а представляют собой ломаные линии, отражающие колебания и перио-

дическое снижение числа воспроизводимых слов. Кривая запоминания приближается к «плато», когда больной несколько раз произносит одно и то же количество слов.

При органических поражениях корково-подкорковых структур головного мозга в наибольшей степени страдают процессы произвольного воспроизведения и сохранения, в меньшей — запоминания и узнавания.

Наиболее выраженные патологические изменения памяти наблюдаются у больных с органическим патопсихологическим симптомокомплексом, который отражает глубину психической дезорганизации интеллектуальной деятельности.

У больных на начальных стадиях заболевания органического генеза значительнее всего и раньше страдает запоминание искусственных звукосочетаний и понятий, но меньше нарушается и дольше сохраняется ассоциативная память.

Полагают, что нарушения памяти у больных с органической патологией головного мозга (F04) обусловлены прежде всего первичным поражением неспецифических активирующих лимбических систем и нарушением корково-подкорковых взаимоотношений. Характерна связь нарушений памяти с нарастающей психической истощаемостью и снижением сенсорно-моторной реактивности.

Для диагностических целей и понимания всей сложности механизмов мнестических расстройств большое значение имеют исследования своеобразия расстройств памяти при локальных поражениях мозга. Так, у больных с поражением лобных долей мозга (S06.3) сопоставление процессов произвольного и непроизвольного запоминания показало (Лурия), что произвольное запоминание, требующее удержания намерения и контроля за выполнением деятельности, оказывается грубо нарушенным. В то же время показатели непроизвольного запоминания соответствуют нижней границе нормы. У больных с затылочной локализацией очага поражения больше изменено отставленное воспроизведение, что, возможно, связано с необходимостью длительного поддержания состояния бодрствования, энергетического воздействия на кору со стороны подкорковых образований. Самые выраженные нарушения памяти наблюдаются при поражениях медиобазальных отделов височной доли.

Многочисленные исследования были посвящены изучению особенностей нарушения памяти у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Для церебрального атеросклероза (I67.2) в начальной его стадии характерны замедленное воспроизведение и трудности либо только непосредственного воспроизведения серии слов (6 слов больные воспроизводят лишь на 4–5-й раз), либо отсроченного воспроизведения, в опытах с однородной интерференцией — легкая тормозимость следов. Использование смысловых связей помогает этим больным в какой-то мере компенсировать дефекты запоминания.

В случае относительно более выраженного атеросклероза и при наличии деменции (F00–F03) более грубо нарушено воспроизведение (снижение кривой запоминания, невозможность воспроизведения серии из 6 слов и отсроченного воспроизведения группы слов). У подобных больных наблюдаются явления контаминации, конфабуляции, учащение персевераций. При резко выраженном церебральном атеросклерозе и атеросклеротической деменции (F01) отмечают грубое снижение степени запоминания не только отдельных слов, не связанных в смыс-

ловом отношении, но и фраз-рассказов, т. е. речевого материала, организованного в смысловом отношении. Блейхер указывает, что по мере утяжеления церебрального атеросклероза различные мнестические функции ухудшаются в определенной последовательности. В начальных стадиях заболевания страдает номинативная функция, далее — хронологизирующая и фабулирующая, а в случае далеко зашедшего атеросклероза — идентифицирующая сторона памяти.

Очень рано расстройства памяти обнаруживаются у больных сенильным слабоумием, и обычно сразу же отмечается их массивный характер, т. е. они охватывают различные проявления памяти. Резко выражены расстройства запоминания, удержания и воспроизведения. Оказывается нарушенной как механическая, так и смысловая память. Кривая запоминания имеет характер «низкого плато» (больные называют не более 2–3 слов, обычно последние, им не удается повторить простое распространенное предложение). Наблюдается постепенная утрата долговременной памяти. Если сначала пациенты обнаруживают преимущественное ослабление памяти на текущие и недавно имевшие место события (фиксационная амнезия), то постепенно забываются и события более отдаленного прошлого.

В основе мнестических расстройств при болезни Альцгеймера (G30) лежит выраженная недостаточность процессов запоминания и воспроизведения; собственно хранение информации, по всей вероятности, не страдает. У подобных больных нарушения памяти имеют прогрессирующий характер и на первой стадии заболевания формируются в единый амнестический симптомокомплекс:

- недостаточность памяти в виде ослабления удержания информации, первоначально распространяющаяся на события, хронологически близкие к началу заболевания (фиксационная амнезия);
- амнестическая дезориентировка (как правило, ухудшается ориентация в незнакомых местах);
- затруднения в восприятии и удержании нового материала, особенно абстрактного характера, в формировании новых навыков;
- умеренно выраженные, нестойкие конфабуляции.

Во второй стадии нарушения памяти характеризуются сочетанием фиксационной, антероградной и ретроградной амнезии. Ретроградная амнезия выражена в очень значительной степени (тем не менее память на наиболее отдаленные события длительное время остается относительно сохранной). Нарушаются все виды долговременной памяти: эпизодическая, семантическая, процедурная и непроизвольная, снижается объем и время удержания следа в оперативной памяти.

В отличие от болезни Альцгеймера при болезни Пика (G31.0) расстройства памяти никогда не оформляются структурно в единый симптомокомплекс, значительных первичных расстройств непосредственного запоминания не отмечается, нарушения памяти длительное время обусловлены снижением активного внимания и волевых процессов.

Расстройства мнестической деятельности характерны для эпилепсии (G40). Течение эпилепсии сопровождается неуклонным снижением памяти, протекающим по типу гипомнезии и характеризующимся специфической динамикой. В начале заболевания обнаруживаются нарушения воспроизведения в памяти каких-

либо слов, информации (трудно припомнить то, что знаешь), больные сами замечают, что концентрация усилий на том, чтобы вспомнить какое-либо слово, лишь ухудшает его воспроизведение. На последующих этапах появляются расстройства удержания новой информации (страдает процесс сохранения), а затем уже нарушается собственно процесс запоминания. Кривая мнестической деятельности у пациентов с эпилепсией имеет своеобразный характер. Количество воспроизводимых слов из предъявляемой серии с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним. При этом не происходит уменьшения количества запоминаемых слов при последующих повторениях. При более глубоких нарушениях памяти кривая запоминания имеет торпидный характер (Блейхер).

У больных эпилепсией длительное время остается сохранной зрительная память. Это относится также к сохранности у данного контингента больных ассоциативной памяти (заметные нарушения ассоциативной памяти свидетельствуют уже о глубоком слабоумии). У интеллектуально сохранных пациентов опосредствованная память страдает в меньшей степени, чем непосредственная, причем сохранению слов в значительной степени помогают зрительные образы. Хорошо запоминались больными эпилепсией, к примеру, такие связи, когда к слову «свет» подбиралась картинка, где была изображена лампа, к слову «лошадь» — картинка с изображением телеги и т. п. Если же к слову «игра» подбиралась картинка, на которой был нарисован самолет или нож, то запоминания не происходило, так как соотношение было слишком общим («в это можно играть»). В пиктограммах тоже хорошо запоминались только те слова, которые были связаны с конкретным изображением.

Значительные расстройства памяти отмечают у олигофренов (F70–F79). Вопреки распространенному мнению у олигофренов нарушена не только смысловая, но и механическая память. Расстройства памяти имеют тем более выраженный и тотальный характер, чем моложе пациент. Для астенической формы олигофрении более характерна грубая недостаточность памяти в процессе приобретения навыков чтения, письма и счета и частые ошибки памяти; при стенической форме установлены более выраженные расстройства долговременной памяти.

Описаны изменения памяти у больных гипертонической болезнью (I10). У компенсированных и субкомпенсированных гипертоников установлено лишь незначительное снижение показателей кратковременной памяти. Вместе с тем исследования, выполненные с помощью «двойного» теста, позволяющие делать заключение об условиях реализации мнестических процессов главным образом на уровне психической активности, свидетельствуют о снижении показателей этого теста по сравнению со здоровыми. У больных гипертонической болезнью отмечается также крайняя неустойчивость показателей «двойного» теста в течение дня и недели.

У больных в резидуальном периоде инсульта (I64) выявлены снижение запоминания, удержания и истощаемость памяти. Нарушенной оказалась как кратковременная, так и долговременная память.

У лиц, перенесших инфаркт миокарда (I21) (исследования проводились на втором месяце болезни во время рубцевания инфаркта), память отклонялась от нормы незначительно, кривая запоминания имела тенденцию к повышению. Значитель-

ное снижение памяти установлено лишь у больных, в анамнезе которых отмечены длительная гипертоническая болезнь (I10) и выраженный общий атеросклероз.

Большое значение исследования памяти имеют при многих соматических заболеваниях, особенно с длительным хроническим течением, сопровождающихся астенией.

В то время как состояния гипомнезии и амнезии встречаются часто при самых различных заболеваниях, стойкие усиления памяти (гипермнезия) наблюдаются редко, главным образом при маниакальном возбуждении, у больных с маниакально-депрессивным психозом (F31), психозами инфекционной природы (F05), иногда в активном периоде развития бреда, в качестве временного явления при лихорадочных состояниях.

В целом в психологических пробах на память отражаются состояния активного внимания, явления повышенной истощаемости психических процессов и темпы мыслительных операций. На функцию запоминания существенное влияние оказывает состояние аффективно-волевой сферы больного. Особенно велика роль мышления при исследовании опосредованного запоминания.

Одним из показателей нарушения динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования. В реальной жизни это использование деловых записей, записных книжек и пр.

В клинической практике расстройства памяти часто представлены со стороны ее динамики. Больные в течение определенного времени легко справляются с психологическими пробами на память и в реальной жизни не обнаруживают изменений. Но на каком-то этапе течения болезни начинаются колебания мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов, а затем изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то она будет иметь ломаный характер. Больной может после 2–3-го предъявления запомнить 6 слов, после 5-го — лишь 3 слова, после 6-го — опять 6–8 слов. В этих случаях нельзя говорить о снижении памяти или ее нарушении. Лабильный характер воспроизведения будет отражаться и на других психических процессах: внимании, сенсомоторной активности. Это явление, по существу, не нарушение памяти в узком смысле, а показатель неустойчивости умственной работоспособности, ее истощаемости.

Во многих работах особенности памяти у больных с различной патологией исследовались в динамике болезни, под влиянием фармакологических и иных лечебно-восстановительных воздействий. Ценность подобных исследований для изучения механизмов нарушения памяти и прогнозирования эффективности лечения очевидна.

Нарушения мышления и интеллекта. Для отечественной психологии существенно признание связи мышления с потребностями, мотивами, отношениями, эмоциями (Выготский, Мясищев, Леонтьев, Зейгарник и др.). Известный советский психолог С. Л. Рубинштейн отмечал, что «вопрос о мотивах... это по существу вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс». Указанное своеобразие мышления необходимо иметь в виду для лучшего понимания особенностей его нарушений при различных заболеваниях.

Интеллект и мышление тесно связаны, но они не тождественны. Интеллект включает в себя приобретенные знания, опыт, способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности. Мышление — активная функция интеллекта. Мыслительные операции анализа и синтеза, суждения, умозаключения являются самостоятельными категориями, но осуществляются на основе интеллектуальных возможностей. Мышление — это интеллект в действии.

Отграничение интеллекта от мышления необходимо в патологии. Хорошо известны клинические наблюдения: случаи временного расстройства мышления при сохранности интеллекта и, напротив, случаи снижения интеллекта при относительной сохранности осуществления основных мыслительных операций.

При исследовании больных неврозами (F40–F48) (Гильяшева) с помощью Шкалы интеллекта для взрослых Векслера (WAIS) и методики Выготского—Сахарова по выполнению вербальных заданий обнаружилось особенно резкое различие больных истерией (F44) и неврозом навязчивых состояний (F40, F42). Это относится прежде всего к заданию, требующему обобщения понятий и характеризующему уровень абстракции и тип мышления («сходство»). Все больные неврозами, кроме больных неврастенией (F48.0), выполняли невербальные задания значительно хуже, чем вербальные. Относительно общую трудность для всех больных неврозами, особенно неврастенией, представляли задания «арифметика», «повторение цифр» и «кодирование». Все они требовали высокой концентрации внимания, собранности, а «кодирование» — и значительной моторной активности. Трудным было также задание «расположение картинок», социальное и личностно-значимое содержание которого могло задевать переживания и конфликтные отношения больных, о чем свидетельствовал явно проективный характер многих ответов, полученных по этому заданию.

Качественный и количественный анализ результатов по всей методике Векслера, отношение больных к обследованию и поведение во время него позволили установить ряд интеллектуально-личностных особенностей больных. При этом наибольший интерес для анализа представляли особенно резко различающиеся группы больных истерией, неврастенией и неврозом навязчивых состояний. Для последнего характерен абстрактно-логический подход, продуктивный при выполнении многих вербальных и малопродуктивный при выполнении невербальных (особенно конкретных) заданий. При неврозе навязчивых состояний характерны затруднения в выборе решения и переходе к действию. Пациентов с истерией отличает конкретно-образное, импульсивное и эгоцентрическое мышление, что снижает их результаты в большинстве и вербальных и невербальных заданий, вызывает трудности в вербализации на абстрактно-логическом уровне. Больные неврастенией характеризуются достаточно хорошим балансом абстрактно-логического и образно-действенного мышления, и хотя они выполняют вербальные задания хуже больных неврозом навязчивых состояний, это компенсируется хорошим выполнением невербальных заданий, так что итоговая оценка интеллекта по методике Векслера у этих групп больных примерно одинакова.

Отмеченные особенности представляют по существу личностный аспект характеристики мышления больных истерией, неврастенией и неврозом навязчи-

вых состояний, определяемый специфическим типом восприятия, переработки информации, способа реагирования и обусловливающий все проявления личности, в том числе структуру интеллекта. Последняя проявляется в характерном для каждой формы невроза «профиле» выполнения методики Векслера. Этот «профиль» отражает суммарное действие многих факторов самого интеллекта и таких его предпосылок, как внимание и память, а также типа личности и психологических изменений.

Рассмотрение особенностей интеллектуальной деятельности при выполнении отдельных заданий больными с разными формами неврозов было дополнено исследованием их на уровне интегративных оценок, полученных на основе факторного анализа субтестовых и итоговых оценок.

Первый фактор положительно коррелировал со всеми субтестовыми оценками и особенно — с итоговой полной оценкой (+0,98), что дало основание интерпретировать его как общий фактор интеллекта. По его уровню различались, с одной стороны, больные неврозом навязчивых состояний и неврастенией (более высокий уровень), с другой — больные истерией (менее высокий уровень).

Второй фактор биполярен: он положительно коррелировал с невербальными заданиями по методике Векслера и отрицательно — с вербальными. Биполярность второго фактора интеллекта, несомненно, представляет интерес в связи с существующим противопоставлением различных типов индивидуальности, таких как «художественный» и «мыслительный», «первосигнальный» и «второсигнальный», «практический» и «вербальный» и т. п. В связи с этим особый интерес приобрело распределение по второму фактору исследованных групп больных, особенно истерии и невроза навязчивых состояний, представляющих собой яркие полярные типы личности. По уровню биполярного фактора разделялись больные неврозом навязчивых состояний, у которых биполярность вербальных и невербальных оценок, отражаемых этим фактором, выражена более резко, и больные неврастенией и истерией, у которых эта биполярность выражена меньше. Приведенные результаты исследования больных неврозами позволили интерпретировать второй фактор интеллекта как фактор, имеющий отношение не только к индивидуальному типу интеллекта, но и к личности в целом.

Значительный интерес представляли также данные об особенностях выполнения больными неврозами заданий по методике «двойной стимуляции» Выготского—Сахарова. Были выявлены два способа решения задачи классификации объектов — «практическое» и «понятийное». При практическом решении испытуемый может правильно распределить фигуры по группам, соответствующим заданным искусственным понятиям, но ни в процессе выполнения, ни после него он не в состоянии дать адекватного объяснения принципу, которым руководствовался. При решении на понятийном уровне испытуемый дает себе отчет в этом принципе, правильно его вербализует, отбирая фигуры, и уверенно формулирует после выполнения задания.

Заслуживают внимания ошибки выполнения задания по методике Выготского—Сахарова и влияние эмоциональных переживаний при повторяющихся неудачах на вербальную и невербальную деятельность. Аффективная дезорганизация при неудачах, выражающаяся в ухудшении выполнения задания, наблюдалась у боль-

шинства испытуемых, однако особенности этого ухудшения, качество ошибок и мотивация отказа от выполнения задания оказались специфическими для больных с разными формами неврозов. Так, для больных неврозом навязчивых состояний реакцией на ошибки была «умственная жвачка» и трудность возвращения к практическому действию. Типичными были и ошибки: чрезмерное усложнение принципа классификации, создание сложной системы гипотез аналитически-абстрактного характера. Специфическими были поведенческие реакции, связанные с реально переживаемой фрустрацией: попытки отказа от выполнения задания больные мотивировали своей неспособностью, причину неудач склонны были объяснить своими личными особенностями, т. е. их реакция на фрустрацию имела так называемый интрапунитивный (самообвиняющий) характер.

Сопоставление результатов, полученных по методике Выготского—Сахарова, с данными исследований по методике Векслера показало, что применительно к больным неврозами (F40–F48) тестовые стандартизированные методы должны быть дополнены приемами, позволяющими выявлять особенности реагирования больных на трудности и неудачи. Тем самым учитывается влияние зафиксированного, характерного для разных форм неврозов типа реакции фрустрации на успешность и протекание интеллектуальной деятельности в условиях, приближающихся к реальным жизненным ситуациям. Кроме того, методика Выготского—Сахарова, позволяя проследить за соотношением действенного мышления в процессе выполнения одного задания, обнаруживает особые, специфические для больных истерией формы невербального мышления, способные обеспечить больным в известной степени успешное приспособительное поведение.

Результаты экспериментально-психологического исследования больных неврозами, являющихся яркой моделью для изучения взаимоотношений интеллекта и личности, могут иметь значение для общей и дифференциальной психологии.

Как и при неврозах, нарушения мышления при психопатиях (F60–F69), реактивных психозах (F23) становятся понятными лишь в контексте особенностей личности, установок, отношений человека.

Современные классификации личностных расстройств исходят из представлений об основном расстройстве как изменении деятельности эмоционально-волевой сферы. Нарушения при расстройствах личности первичны, все остальные особенности психики связаны с этими изменениями, вторичные особенности психики отмечаются в сфере мышления. Большинству психопатических личностей, независимо от конкретных особенностей характера и несмотря на формальную сохранность интеллекта, свойственны своеобразные извращения мыслительной деятельности: недостатки прогнозирования своих действий, отсутствие опоры на собственный опыт. У одних пациентов эти изменения проявляются в виде крайней негибкости умозаключений, односторонности выводов, неизменяемости их суждений, у других — в поспешности и легковесности суждений, легкости и непродуманности принимаемых решений. Для многих характерны аффективная логика, кататимность мышления, особенно ярко проявляющаяся в условиях стрессовых ситуаций. Нарушения прогностической функции при расстройствах личности были специально исследованы Гульданом, который показал, что заметные изменения способности к предвидению событий не зависят от глубины харак-

терологических расстройств, но более выражены у истерических и возбудимых личностей (F60–F69), хотя наблюдаются и при иных формах психопатий.

Для больных с реактивными психозами характерны полисистемность и кратковременность расстройств мыслительной деятельности. На пике заболевания отмечаются нарушения операционально-процессуальной и личностно-мотивационной сторон мышления; после выхода из реактивного состояния мыслительная деятельность чаще всего нормализуется. Характерными расстройствами для больных с реактивными психозами являются нарушения динамики мыслительной деятельности, резкая замедленность, ригидность и истощаемость мыслительных процессов. Нарушения структурного единства мотивационной и операциональной сторон мышления выявляли при изучении отдельных вариантов реактивного психоза. Изменения смыслообразующей функции мотива и обусловленные ими расстройства целенаправленности мыслительной деятельности, приводящие к нарушению ее операциональной сферы, были характерны прежде всего для больных с депрессивно-параноидным синдромом. При астено-депрессивном синдроме на первый план выступали нарушения побудительной функции мотива, что выражалось в динамических расстройствах мышления, снижении его операциональной стороны. У больных же с истеро-депрессивным синдромом в условиях, когда ведущий смыслообразующий мотив просто замещался аффективной установкой, а волевое усилие оказывалось значительно сниженным, наблюдался неустойчивый и противоречивый характер мыслительной деятельности. Во всех этих случаях нарушения операциональной стороны мышления имели вторичную и гетерогенную природу. Восстановление мыслительной деятельности в динамике заболевания, по данным Криворучко, также в основном определялось личностно-мотивационным компонентом. Так, при истеро-депрессивном синдроме в условиях судебно-психиатрической экспертизы отмечалось большое число аггравационно-установочных результатов, больные демонстрировали свою умственную несостоятельность.

Патологии мышления у больных шизофренией (F20–F29) посвящены многочисленные исследования. В работах Выготского, Биренбаум, Зейгарник и др. содержатся указания на нарушения функции образования понятий как существенную черту шизофренической психики, расстройства соотнесения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности. Причем, как отмечали Корсаков и Выготский, нарушения мышления на уровне понятий у больных шизофренией не исключают относительной сохранности формально-логических (алгоритмических) операций.

Особенности патологии мышления при шизофрении наиболее полно отражены в работах Зейгарник, Полякова и их сотрудников.

Отсылая интересующихся к этим работам, рассмотрим лишь некоторые наиболее характерные проявления нарушения мышления при шизофрении. Чаще всего рассматриваются разноплановость, резонерство, соскальзывания, причудливость ассоциаций и др.

Нарушение мышления, описанное Зейгарник как разноплановость, близко к таким понятиям, как «полисемантизм», «ослабление влияния контекстуальных ограничений» в работах других исследователей. Разноплановость выявляет-

ся чаще при выполнении заданий по методикам «классификация», «исключение предметов». Например, в пробе на классификацию в качестве признаков, по которым она проводится, могут выступать то свойства самих предметов, то личные вкусы, отношения, установки, то несущественные, необычные, неадекватные признаки (например, грамматический принцип, цветовая окраска карточек и т. п.). Направленность на объективное содержание действия утрачивается, мышление больных становится разноплановым, суждения о каком-то явлении находятся в разных плоскостях.

Психологическая характеристика симптома резонерства у больных шизофренией была предметом специального исследования Тепеницыной. Как показали результаты ее исследования, неадекватность, резонерство больных, их многоречивость обнаруживались в тех случаях, когда имели место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к оценочным суждениям. Аффективность проявлялась и в самой форме высказывания — многозначительной, с неуместным пафосом. Грамматический строй речи этой категории больных отражает эмоциональные особенности резонерства. Своеобразны синтаксис, лексика резонерских высказываний: пациенты часто использовали инверсии, вводные слова. Для шизофренического резонерства типично сочетание искажения уровня обобщения с нарушениями последовательности и критичности мышления. Отмечая, что в структуре резонерства нарушения собственно интеллектуальных операций не являются ведущими, автор основное значение придает нарушениям личностного компонента мыслительной деятельности, изменению отношения к окружающему, неадекватной самооценке. Подчеркивается роль искажения мотивационных установок в качестве фактора, непосредственно ответственного за формирование структуры данного нарушения.

Для мышления больных шизофренией ряд авторов считает характерными так называемые соскальзывания (Зейгарник, С. Я. Рубинштейн и др.). Выполняя задания (особенно связанные с такими методиками, как «классификация», «исключение» и др.), больной правильно решает задачу или адекватно рассуждает о каком-то предмете, но неожиданно сбивается с правильного хода мысли на ложную неадекватную ассоциацию, а затем продолжает задание, не исправляя допущенной ошибки; таким образом, в целом суждения его оказываются лишенными логической последовательности. Соскальзывания наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности.

Определенным своеобразием отличаются и ассоциативные процессы больных шизофренией. Отмечено значительное удлинение ассоциативной цепочки за счет отсутствия жестких прочных связей и большого числа однократно употребляемых ассоциаций. Большая часть ассоциаций имеет характер нестандартных, несущественных, что, как и нарастание показателя энтропии, может свидетельствовать о процессах дезорганизации, беспорядочности в вероятностно-статистической структуре ассоциаций.

Для объяснения особенностей нарушения познавательной деятельности при шизофрении, в частности мышления, Поляков предложил гипотезу об изменении избирательности мышления, детерминируемой различными факторами прошло-

го опыта. С целью проверки этой гипотезы в ряде экспериментов изучали особенности актуализации знаний у больных шизофренией. При этом было установлено, что при выполнении заданий на «классификацию», «сравнение» и пр. больные шизофренией актуализируют широкий круг малозначимых, латентных признаков и отношений предметов, не используемых здоровыми. Происходит выравнивание значимости отдельных признаков, существенных и несущественных, изменяется их вероятностная оценка; больные могут считать существенными и те признаки, которые маловероятны с точки зрения их прошлого опыта. Возникающая при этом избыточность информации привлекается автором для объяснения неэкономичности психической деятельности больных шизофренией. В дальнейших исследованиях было показано, что нарушения избирательности актуализации знаний в качестве существенной особенности познавательной деятельности больных шизофренией характерны не только для них самих, но и для их ближайших родственников, не имеющих психической патологии. На основании этих данных указанные изменения были отнесены к преморбидным. Далее было показано, что степень выраженности изменения избирательности знаний на основе прошлого опыта существенно не менялась по мере прогрессирования заболевания и не определялась выраженностью шизофренического дефекта.

Во многих работах предметом исследования служили нарушения речи у больных шизофренией с расстройствами мышления. При лингвистическом анализе применительно к двум группам больных — с шизофазией и атактическим мышлением — показано, что расстройства мышления у испытуемых проявлялись в отклонениях от речевой нормы и в других особенностях речи не только на семантическом, но и на грамматическом, графическом и лексическом уровнях.

Вопрос об интеллектуальной деятельности больных шизофренией далеко не новый и многократно обсуждался в литературе. В наиболее ранних исследованиях указывалось, что у бредовых больных наблюдается дефект интеллекта. Однако в дальнейшем было показано, что такое представление неправильно. Гильяшева определила дифференциально-диагностические возможности методики Векслера при вялотекущей шизофрении. Психологическое исследование больных вялотекущей шизофренией, главным образом с неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой без грубого дефекта, показало достаточно большое разнообразие в степени сохранности личности и интеллекта у больных этой группы. Так, полная итоговая оценка интеллекта (IQ) колебалась на уровне от 85 до 130, т. е. от «низкой нормы» до «очень высокой нормы». Однако даже при высоком интеллекте наблюдались несоответствия между его отдельными структурными компонентами, что нашло свое выражение в соотношении отдельных субтестовых оценок по методике Векслера, а также итоговых вербальной и невербальной оценок.

Среди вербальных субтестов у больных шизофренией наибольшие затруднения вызывали задания «понимание», «арифметика» и «словарь», средние оценки по ним оказались достоверно ниже, чем у больных неврозами и психопатией. Значительно лучше пациенты справлялись с заданиями «осведомленность» и «повторение чисел», связанными с исследованием памяти. Также сравнительно успешным оказалось выполнение вербального субтеста «сходства» по причи-

не относительной степени сохранности функций абстрагирования у разных больных шизофренией.

В группе невербальных субтестов было отмечено единственное задание, выполнение которого у больных шизофренией оставалось на уровне средней нормы, — «конструирование из кубиков» (этот субтест хорошо отличает шизофрению от органических заболеваний головного мозга). Наиболее низкими оказались оценки по невербальным субтестам «складывание фигур» и «расположение картинок», последний из которых требует, как и субтест «понимание» (самый низкий у больных шизофренией в группе вербальных субтестов), развития так называемого социального интеллекта. Характерен также значительный интратестовый (внутритестовый) разброс, наблюдавшийся при выполнении интеллектуальных проб по методике Векслера у больных шизофренией, т. е. несоответствие уровня решения отдельных заданий в пределах одного субтеста объективной степени сложности этих заданий (элементы диссоциации), а также неадекватные, порой нелепые ответы на вопросы экспериментатора с целью выявления способности коррекции неадекватных ответов (снижение критики).

Для определения диагностической значимости отдельных субтестов, определения их ценности были выделены диагностические коэффициенты для шести наиболее ценных признаков (табл. 10), ранжированных по информативности на основе меры Кульбака. Положительные диагностические коэффициенты свидетельствуют в пользу шизофрении, а отрицательные — в пользу неврозов и психопатии. Следует специально оговорить, что полученные диагностические правила не применимы к больным низкого образовательного уровня (менее 8 классов средней школы) и более старшего возраста (старше 40–45 лет), а также к больным с изменениями психики по органическому типу. При использовании таблицы диагностические коэффициенты признаков, обнаруживаемых в профиле по методике Векслера у диагностируемого больного, суммируются. Согласно процедуре, сумма, превышающая (+ 100), достаточно надежно свидетельствует о диагнозе шизофрения, а меньшая, чем (– 100), — о диагнозе невроз или психопатия. Если сумма не выходит за пределы этих границ, то указывается лишь диагностическая тенденция на основании знака суммы.

В исследованиях Серебряковой специальному анализу были подвергнуты особенности интеллектуальной деятельности больных с преобладанием апато-абулических и параноидных расстройств. Обследование проводилось с помощью Шкалы интеллекта для взрослых Векслера (WAIS).

Больные первой группы безразлично относились к исследованию, задания выполняли при настойчивом побуждении, неохотно, на ошибки не реагировали, результатами не интересовались. Анализ профиля показал снижение интеллектуальной деятельности при выполнении заданий. В субтесте «осведомленность» пациенты с преобладанием апато-абулической симптоматики использовали старые знания, давали правильные ответы на легкие вопросы, со сложными не справлялись. На вопросы, связанные с экономической, политической и социальной жизнью, не отвечали, что особенно отчетливо проявлялось в субтесте «понимание», где требовалось понимание определенных социальных явлений. Неспособность больных дать ответ на этот круг вопросов свидетельствовала о социальной замкну-

Таблица 10. Оценка дифференциально-диагностической информативности методом неоднородного последовательного статистического анализа особенностей выполнения методики WAIS больными вялотекущей шизофренией и больными неврозами и психопатией

Наименование признака	Одна или более из субтестовых оценок ≤ 6		При разности вербальной и невербальной оценок ≥ 15 невербальная оценка ниже уровня «средней нормы» (IQ < 90)		Оценка субтеста «Складывание объекта» ≤ 7		Оценка субтеста «Расположение картинок» ≤ 7		Оценка субтеста «Кодирование» ≤ 8		Оценка субтеста «Недостающие детали» ≤ 8	
	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет
Диагностические коэффициенты	+115	–50	+104	–30	+104	–30	+78	–35	+57	–28	+57	–28

тости, отгороженности от окружающих. При выполнении субтеста «понимание» выявлялось нарушение этических и социальных норм поведения. Наиболее употребительные пословицы пациенты трактовали правильно, в случае предъявления сложных пословиц испытывали затруднения. Например, пословицу: «Одна ласточка лета не делает» объясняли следующим образом: «Ласточки летают стаями» или «У ласточки крылья и клюв красивые». В задании «сходство» больные не выделяли главные существенные признаки, находили сходство предметов по маловероятным, несущественным признакам. Так, на вопрос: «В чем сходство собаки и льва?» отвечали: «Лев и собака курносые».

Субтесты «конструирование из кубиков» и «складывание фигур» направлены на исследование конструктивного мышления. Тем не менее с кубиками Коса, по содержанию являющимися абстрактными, больные справлялись более успешно, и только с усложненными заданиями, для выполнения которых необходимо было большее усилие, они не справлялись. В субтесте «складывание фигур» больные справлялись лишь с первой пробой — складывание фигуры человека, выполнение остальных заданий было неуспешно, пациенты допускали нелепые решения, по отдельным признакам не «охватывали» фигуры целиком, складывали первые попавшиеся части фигуры, затем прикладывали остальные детали. Целенаправленность действий отсутствовала, больные не выделяли существен-

ных признаков фигуры, информативная значимость всех частей фигуры для них была одинакова.

У больных шизофренией, отнесенных ко второй группе, — с параноидными расстройствами (F20.0), результаты отличались определенными особенностями. Они хорошо включались в работу, однако некоторые по бредовым мотивам настороженно относились к исследованию и интереса к заданиям не проявляли. При анализе профиля этой группы больных видно, что они неравномерно выполняли задания: с одними справлялись успешно, с другими — значительно хуже. Интеллектуальный уровень этих больных оказался также сниженным. Разница между вербальной и невербальной оценками почти отсутствовала ввиду формирующегося интеллектуального дефекта. Больные с параноидными расстройствами относительно успешнее справлялись с субтестом «осведомленность», однако у них также вызывали затруднения вопросы, отражающие общественно-политическую сторону жизни. Из группы вербальных заданий самые низкие результаты оказались в субтесте «понимание». В ответах на вопросы этого задания нередко отражались бредовые переживания больных, так же как и при выполнении субтеста «недостающие детали». Например, при рассматривании картинки, где изображен автомобиль, больные с бредом преследования нередко спрашивали: «За кем собирается ехать эта машина?» С кубиками Коса справлялись довольно быстро, средняя оценка по этому заданию в пределах нормы. Наибольшую трудность для них представлял субтест «сложение фигур». При выполнении задания «расположение картинок» затруднялись в установлении логической связи между отдельными картинками, содержание объясняли в плане своих бредовых переживаний. Так, например, при выполнении задания «такси» больной с бредом ревности говорил: «На этих картинках изображено, как жена изменяет мужу». Юмора сюжетных картин не понимали.

При сравнении средних оценок выполнения всех заданий методики Векслера больными обеих групп достоверных различий не установлено. Выявились качественные различия ответов, определявшиеся психопатологической симптоматикой.

Все отмеченные выше проявления характерных нарушений мышления при шизофрении — в виде резонерства, разноплановости, соскальзывания и др. в той или иной степени выраженности — определялись при качественном анализе результатов выполнения больными заданий методики Векслера.

В табл. 11 приведены типичные ответы больных шизофренией, данные ими при патопсихологическом обследовании (в виде резонерства и разноплановости).

Больные с органическими заболеваниями головного мозга (F00–F09) справлялись с вербальными заданиями лучше, чем с невербальными. Обращала на себя внимание большая разница между вербальными и невербальными оценками. Ответы больных были адекватны, с тенденцией к излишней конкретизации и детализации. Для больных, перенесших энцефалит (G04), особенно характерны были вязкость, обстоятельность мышления и склонность к детализации. Обнаруживая достаточный уровень обобщения, испытуемые в ряде случаев не удерживали правильный способ решения и допускали ошибки. В отличие от больных шизофренией (F20–F29), у которых отмечается искажение уровня обобщения, для больных с органическими заболеваниями головного мозга более характерно его снижение.

Таблица 11. Пример типичных ответов больных шизофренией при патопсихологическом обследовании

Методики	Задание	Ответы
Предметное исключение	Лампочка, керосиновая лампа, свеча, солнце	«Можно лампочку исключить, тогда все остальные предметы относятся к одному роду светильников и при горении выделяют природную энергию»
	Шкаф, кровать, этажерка, бельевой шкаф	«Исключаю шкаф, остальные предметы для одинокого книголюба»
Вербальное исключение	Дерево, почка, кора, лист, сук	«Можно исключить лист или почку, так как все остальное присутствует всегда на дереве в зависимости от времени года. Но можно исключить и дерево, тогда все остальное присоединится к нему»
Сходство	Ботинок — карандаш	«Оставляют след»
	Плащ — ночь	«Окутывают действительность»
	Муха — дерево	«Крылья мухи похожи на листья деревьев»
	Тарелка — лодка	«Вогнутые, могут плыть по воде»
		«Им можно дать движение: лодка движется по воде, тарелка может упасть»
Пиктограмма	Сомнение	Больной рисует осла и две копны сена по сторонам: «Сомнение — это положение Буриданова осла»
		Изображается волнистая линия: «Эта линия выражает волнение, которое всегда возникает, когда сомневаешься»
	Развитие	Больной ставит букву «В»: «С помощью велосипеда можно развить мышцы»

Нередко при выполнении экспериментально-психологических заданий у больных с органическим заболеванием головного мозга наблюдается резонерство, имеющее более конкретный (чем при шизофрении) характер, при снижении интеллектуальной деятельности и известной аффективной сохранности — компенсаторный характер, так называемое компенсаторное резонерство. При исследовании ассоциаций у этих больных выявляется аспонтанность (называние того, что «перед глазами»).

Для больных с органическими заболеваниями головного мозга характерна связь нарушений интеллектуальной деятельности с нарастающей психической истощаемостью, сниженной сенсомоторной реактивностью. При психоорганическом синдроме (F07.9) они утрачивают способность к высшим формам мыслительной деятельности.

Значительная часть психологической литературы посвящена нарушениям интеллектуальной деятельности при локальных поражениях головного мозга (Лурия, Хомская). Укажем лишь на результаты исследования лиц с поражением лобных долей (Шауре, Хомская). У этих больных отмечены изменения интеллектуальной деятельности количественного (значительное увеличение времени выполнения заданий и числа ошибок) и качественного характера. Часть из них связана с содержанием деятельности и проявляется в нарушениях категориального аппарата, трудностях актуализации понятий и оперирования ими. Другой тип ошибок (персеверативные ответы, соскальзывание на привычные ассоциации, забывание предыдущего результата, замена нужных ассоциаций случайными) обусловлен нарушениями в системе произвольного интеллектуального внимания или произвольной регуляции интеллектуальной деятельности.

Мышление у больных, страдающих эпилепсией (G40), имеет ряд специфических черт: замедленность, тугоподвижность, вязкость. Они склонны к чрезмерной обстоятельности, детализации, не в состоянии выделить главные, существенные свойства предметов и явлений, раскрыть смысловые связи между ними, дать краткий ответ. Особенности мышления пациентов с эпилепсией проявляются в их речи, последняя характеризуется замедлением темпа, часто обеднена, сопровождается возвратами к уже сказанному, пестрит витиеватыми банальными выражениями, уменьшительными словами, определениями, содержащими субъективную аффективную оценку, — «хороший, прекрасный, плохой, отвратительный». Суждения больных эпилепсией имеют конкретно-ситуационный характер, они не понимают условности, юмора. В основе этих нарушений находится снижение уровня процессов обобщения и отвлечения.

Во время экспериментально-психологического исследовании они долго включаются в выполнение задания, не теряя, однако, его цели, просят повторить им вопрос несколько раз, затем сами повторяют его, а потом уже начинают отвечать, причем сначала говорят много лишнего, так как не могут сразу правильно сформулировать свою мысль.

Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией, по данным Блейхера, отчетливо обнаруживаются в ассоциативном эксперименте, о чем свидетельствуют увеличение латентного периода; частые эхолалические реакции, нередко на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова из своего профессионального обихода; иногда ответные реакции относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции); в качестве ответных реакций могут выступать целые фразы вопреки инструкции. При исследовании пациентов с эпилепсией с помощью методики подбора слов-антонимов у них выявлены оскудение словарного запаса, когда больные прибегают к образованию антонима путем прибавления к заданному слову частицы «не», увеличение латентного времени, особенно при подборе антонимов к сло-

вам абстрактного содержания. Больные эпилепсией производят классификацию по конкретно-ситуационному признаку. При этом можно встретить такие рассуждения: «Морковь, лук, помидор — это я всегда в борщ кладу»; «Врач, ребенок, термометр — все это в больнице, и уборщица в больнице нужна» и т. п. Встречаются также эгоцентрические тенденции, например: «Арбуз, яблоко, груша — это я люблю кушать». Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких, близких по содержанию групп, например выделяется посуда металлическая и стеклянная, в которой готовят и из которой едят, обувь и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с одеждой. При исследовании по методике складывания картинок из отрезков деятельность больных определяется, по выражению Бернштейна, «непланомерным синтезом». Пациенты выполняют задание методом проб и ошибок. Выбирается обычно более крупный отрезок, и к нему поочередно прикладываются все другие. Причем больные чаще руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков. Вся эта работа выполняется с присущей лицам, страдающим эпилепсией, педантичностью, тщательно, скрупулезно. Убедившись в неправильности соединения двух отрезков, больной откладывает один из них и примеряет следующий.

Часто наблюдающиеся у больных эпилепсией пустые рассуждения создают картину своеобразного резонерства, отличающегося от шизофренического. Пустые «рассуждательства» эпилептиков проявляются в поучительном тоне высказываний, отражающих некоторую патетичность и переоценку собственного жизненного опыта, при этом имеют характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию суждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Их резонерские рассуждения всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься. У резонерствующих больных эпилепсией в эксперименте отмечаются снижение уровня обобщения и отвлечения, узость диапазона мышления, эгоцентрические тенденции при бедности словарного запаса.

Наиболее характерным в плане расстройств мышления при травматических поражениях головного мозга (S06) является нарушение операциональной стороны мышления при относительной сохранности личностно-мотивационной сферы. Обращает на себя внимание прежде всего снижение уровня обобщений.

В гериатрической практике экспериментально-психологическое исследование позволяет дифференцировать разные типы деменций (F00–F03) с констатацией в одних случаях снижения интеллекта при сохранности «ядра» личности (лакунарная деменция), в других — нарушения памяти в качестве основы слабоумия (амнестическая деменция) либо преобладания диффузных изменений личности в сочетании с общим психическим снижением (псевдопаралитическая деменция).

Значительные дифференциально-диагностические трудности возникают и при отграничении сенильной деменции (F03.1) от болезни Альцгеймера (F00) и Пика (F02.0). Определенную роль в интеллектуальной несостоятельности больных сенильным слабоумием играют снижение психической активности, утрата интереса к окружающему, абсолютное безразличие к ситуации исследования. У этих пациентов обнаруживается нарушение операциональной стороны мышления — резко прогрессирующее снижение уровня процессов обобщения и отвлечения.

Суждения больных поверхностны, нарушено различение существенных и второстепенных признаков предметов и явлений. Оказывается совершенно невозможным выполнение простейших заданий по методикам исключения, классификации.

У пациентов с болезнью Альцгеймера одновременно с расстройствами памяти отмечается интеллектуальная недостаточность. Больные оказываются несостоятельными при выполнении несложных заданий по методике исключения, при необходимости подобрать обобщающее понятие для нескольких предметов или явлений. Интеллектуальная недостаточность еще более усугубляется намечающимися уже в первой стадии заболевания нарушениями высших корковых функций речи, гнозиса и праксиса: нарушается наглядно-образное мышление, что входит в единый синдром вместе с семантической афазией и конструктивной апраксией. На второй стадии отмечается глубокое слабоумие при невозможности образования категориальных понятий. Определяя слабоумие при болезни Альцгеймера как тотальное, глобальное, Штернберг указывает, что оно развивается более интенсивно, чем при типичной старческой деменции. Однако при наличии выраженной деменции у лиц с болезнью Альцгеймера длительное время сохраняются сознание своей болезни, чувство собственной несостоятельности, адекватные эмоциональные реакции на посещение близкими.

Слабоумие уже в самом начале болезни Пика имеет более грубый характер, чем при болезни Альцгеймера. Происходит как бы диссоциация всех высших интеллектуальных функций, нарушена их координация. Вторая стадия болезни Пика характеризуется неуклонно и монотонно прогрессирующей деменцией, поражающей интеллект «сверху вниз», начиная с его наиболее сложных проявлений и заканчивая наиболее простыми, элементарными, автоматизированными с вовлечением предпосылок интеллекта.

У больных, перенесших инфаркт миокарда (I21) (исследования проводились на 2-м месяце болезни), отмечены нерезкие интеллектуальные затруднения, утомление при интеллектуальном напряжении, снижение продуктивности, что требует врачебного контроля не только за физической нагрузкой, но и за умственным напряжением больных, целесообразность ее дозирования и постепенного нарастания с учетом клинического состояния больных и результатов экспериментально-психологического исследования.

Знание особенностей расстройств мышления при различных заболеваниях существенно для целей диагностики, особенно на начальных стадиях болезни (например, неврозов (F40–F48) и неврозоподобных форм шизофрении (F21.3), неврозов и органических заболеваний головного мозга (F00–F09), последних и шизофрении (F20–F29)). Кроме того, особенности расстройств мышления должны учитываться при планировании наиболее адекватных лечебно-восстановительных программ.

Нарушения внимания. При проведении патопсихологического эксперимента о внимании судят по способности пациента фиксироваться на инструкциях (как вербальных, так и невербальных), а также по актуальной фиксации системы рецепторов на объектах мира. При оценке внимания определяются его активность (произвольная, непроизвольная), направленность (внешняя, внутренняя), шири-

на (объем и распределение), переключение (легкое, трудное), интенсивность (высокая, низкая). Основными свойствами внимания являются объем, переключаемость, устойчивость, концентрация и избирательность. Показатели внимания отдельного человека могут варьировать в зависимости от утомления и общего состояния организма, условий среды, отношения человека к соответствующей деятельности и др.

Нарушения внимания обычно наблюдаются при психогенно и соматогенно обусловленных астенических состояниях, весьма своеобразно проявляются при ряде локальных поражений головного мозга, некоторых психических заболеваниях.

При исследовании активного внимания у больных неврозами (F40–F48) установлено его снижение. Особенно снижено активное внимание у больных неврастенией (F48.0). Относительно общую трудность для всех больных неврозами представляют задания «арифметика», «Повторение цифр» (субтесты методики Векслера), требующие высокой концентрации внимания и удержания информации в кратковременной памяти. Снижение этих способностей может обусловливаться внутренним беспокойством, тревогой, которые мешают больным сосредоточиться, что встречается при неврозах и некоторых формах депрессий. Задание «кодирование» (субтест методики Векслера) прежде всего «скоростное», характеризующее скорость образования навыка, уровень моторной активности, зрительно-моторную интеграцию и координацию. Его низкие результаты наблюдаются при всех трех формах неврозов (особенно у пациентов с неврозом навязчивых состояний), что может быть связано с так называемой блокированностью больных с невротическими расстройствами.

При исследовании больных неврозами с помощью оценочной шкалы астении (Малкова) в основное кольцо взаимосвязанных признаков (в рамках корреляционной плеяды) наряду с симптомами, подчеркивающими собственно астенические проявления («я испытываю общую слабость», «я чувствую себя усталым», «когда я просыпаюсь утром, то не чувствую себя свежим и отдохнувшим», «меня утомляют люди»), вошли признаки, указывающие на снижение активного внимания («мне трудно сосредоточиться на каком-либо вопросе или задаче») и памяти («я забывчив»).

При изучении Е-волны (волна «ожидания» Уолтера), которая в определенной мере характеризует активное внимание, на ЭЭГ больных неврозами она регистрировалась реже (68,9%), чем у здоровых лиц (94,7%). В основном наблюдались волны с плавным подъемом восходящего фронта и пологой, а нередко и затяжной нисходящей частью. Амплитуда регистрируемых волн была снижена (11,3 мкВ, в норме — 14,4 мкВ), а время ответной двигательной реакции увеличено по сравнению с нормой (407 мс, в норме — 225 мс), что в соответствии с современными представлениями может говорить о снижении активного внимания.

У больных с неврозоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга (F06.4–F06.9) встречаемость Е-волны на ЭЭГ была ниже, чем у больных неврозами, — 31,4%; волны развивались с большим запаздыванием (латентный период — 530 мс, время ответной двигательной реакции возрастало до 490 мс). Эти изменения Е-волны свидетельствуют об ослаблении активного внимания, более выраженного у больных с органическими заболеваниями головного мозга.

Исследовались особенности внимания у больных шизофренией (F20–F29). Для эндогенных психопатологических расстройств нарушения внимания не являются специфичными (они вторичны по отношению к другим психопатологическим феноменам) и нарастают по мере увеличения дефекта, отражая общее снижение психической активности. Для больных шизофренией характерны нарушения активного внимания при сохранном пассивном внимании. Исследователи предполагают, что подобные проблемы могут формироваться за годы до начала заболевания. У данного контингента больных нарушен механизм фильтрации, что отмечается в экспериментах на помехоустойчивость, повышена отвлекаемость, которая проявляется прежде всего во время острой фазы расстройства и уменьшается при нейролептическом лечении.

Своеобразный характер имеют расстройства способности переключения внимания, наблюдающиеся при локальных поражениях головного мозга. Так, у больных с поражением лобных долей нередко возникают повторное выполнение, персеверация одного и того же действия, затруднения в переключении внимания на новое действие (Лурия). Постукивая, например, карандашом по столу в определенном ритме (два сильных удара, один слабый), эти больные не могут переключиться на новый ритм (два слабых удара, один сильный и т. п.) и продолжают стереотипно отстукивать ритм, предъявленный для повторения первым. Сходная картина наблюдается при повторении больными с лобными поражениями рядов слогов или слов (би–ба–бо, дом–кот–стол) при перемене последовательности их предъявления в ряду (например, бо–ба–би, ба–би–бо, кот–дом–стол). Больные продолжают настойчиво воспроизводить первую по порядку предъявления последовательность слогов или слов.

Расстройства внимания патогномоничны для больных с травматическими (S06) и сосудистыми заболеваниями головного мозга (I00–I99). У них отмечаются неустойчивость внимания, неспособность к длительной его концентрации и утомляемость.

Расстройства внимания типичны для больных с церебральным атеросклерозом (I67.2). Недостаточность активного внимания при церебральном атеросклерозе непосредственно связана с истощаемостью. Она находит свое отражение в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах Крепелина; в корректурной пробе отмечаются пропуски букв, лишние зачеркивания букв, сходных или расположенных рядом с заданной, пропуск целых строк. Ошибки либо нарастают количественно к концу исследования, либо распределяются в ходе опыта неравномерно, группами. О наличии истощаемости можно судить при сравнении результатов в начале и в конце исследования. В некоторых случаях, когда истощаемость значительна, она обнаруживается даже в процессе исследования какой-либо одной, относительно длительной методикой. Кривые истощаемости при исследовании специальными методиками больных церебральным атеросклерозом неодинаковы: выделяются два основных типа, соответствующих наиболее характерным синдромам астении. Для гиперстенического синдрома характерны начало выполнения задания в быстром темпе и рано появляющаяся истощаемость; в дальнейшем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей, кривая истощаемости носит зиг-

загообразный характер. При гипостеническом синдроме отмечается постепенное увеличение затрачиваемого времени, в ходе исследования уровень выполнения задания постоянно снижается в связи с нарастающей истощаемостью, постепенно снижается и темп работы. При церебральном атеросклерозе можно установить определенную корреляцию между характером истощаемости и клинической стадией заболевания. Начальной стадии заболевания присущ гиперстенический тип истощаемости. В дальнейшем с прогредиентным течением церебрального атеросклероза истощаемость в эксперименте проявляется по гипостеническому типу. Указанные формы астенических синдромов могут рассматриваться как последовательные стадии клинических проявлений единого патологического процесса. Помимо истощаемости у больных с церебральным атеросклерозом обнаруживается нарушение подвижности психических процессов, инертность психической деятельности определяется в пробах на переключение. При выраженном церебральном атеросклерозе инертность может достигать значительной степени: у таких больных нередко обнаруживается персеверация в речевой и двигательной областях.

Снижены концентрация и устойчивость внимания у больных с диэнцефальными расстройствами (G93). Подобные же нарушения внимания отмечаются у больных с далеко зашедшими стадиями хронического алкоголизма (F10).

У больных эпилепсией (G40) по сравнению с контрольной группой здоровых людей существенно замедлен темп психических процессов. Так, при исследовании активного внимания с помощью таблиц Шульте пациенты с эпилепсией в силу инертности психической деятельности затрачивают на поиск чисел по одной таблице до 2,5 мин и более, тогда как здоровые испытуемые в среднем — 40–50 с, при этом, как правило, не обнаруживается увеличения времени, затрачиваемого на каждую последующую таблицу, т. е. не отмечается признаков повышенной истощаемости.

У пациентов с эпилепсией, как правило, страдают концентрация и устойчивость внимания, сужен объем внимания. Выполняя корректурную пробу (тест Бурдона), они могут пропускать не только отдельные знаки, но и целые строки в задании. Это явление непостоянное, и его наличие нельзя отнести за счет снижения волевого усилия больного. В межприпадочное время у больных с эпилепсией могут диагностироваться хорошие концентрация и устойчивость внимания. У них значительно страдает переключаемость внимания; они с трудом отрываются от одной деятельности и переходят к другой, для такого перехода им необходим длительный период. Но, перейдя к новой работе, они не могут забыть о прежней и стремятся опять к ней возвратиться; им трудно прервать свою деятельность даже по просьбе экспериментатора, они должны обязательно ее закончить. Нарушения переключаемости внимания отчетливо проявляются в пробах на переключение. Показательны в этом отношении результаты исследования по методике попеременного называния пар одушевленных и неодушевленных предметов. У эпилептиков обнаруживаются ограничение называемых предметов рамками одного понятия (называются только домашние животные в качестве одушевленных либо мебель и окружающая обстановка в качестве неодушевленных), частое повторение одних и тех же слов, иногда — преимущественно в начале задания — неправильное чередование пар слов, увеличение латентного времени.

Нарушения внимания нередки в соматической клинике. Так, у больных туберкулезом легких (A15–A19) время выполнения заданий по методикам Шульте и Мюнстерберга в среднем превышает аналогичный показатель группы здоровых. Кроме того, по методикам Горбова и Мюнстерберга они допускали бо́льшее количество ошибок. Отличительной особенностью выполнения больными корректурной пробы является то, что они в среднем справлялись с заданием даже быстрее, чем здоровые, но при этом допускали бо́льшее число ошибок.

Одно из самых частых детских поведенческих расстройств, которое нередко сохраняется и в зрелом возрасте, — синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Больные неспособны длительно сохранять концентрацию внимания, для них характерны несобранность, снижение избирательности внимания, повышенная забывчивость, отвлекаемость, возбудимость: пациенты суетливы, неусидчивы, часто переключаются с одного занятия на другое. Внимание снижается еще больше в непривычных ситуациях, когда необходимо действовать самостоятельно.

В ряде работ расстройства внимания рассматриваются в контексте более широких нарушений умственной работоспособности. При этом имеется в виду, что основным фактором, определяющим снижение у больных работоспособности, в том числе умственной, нередко является сужение объема внимания. Эти данные представляют специальный интерес во врачебно-трудовой экспертизе.

Для широкой врачебной практики (Менделевич) полезно учитывать следующие нарушения внимания.

1. Невнимательность — нарушение устойчивости внимания.

Первый вариант: рассеянность (порхающее внимание) — легкая переключаемость слабоконцентрируемого внимания. Этот тип невнимательности встречается при астении у ослабленных людей с соматическими заболеваниями, у детей с невротическими состояниями, а также на начальных этапах различных психических расстройств.

Второй вариант: слабая концентрация внимания при сниженной переключаемости. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением подвижности нервных процессов, наблюдается у больных с церебральным атеросклерозом (I67.2) в пожилом возрасте, при хроническом алкоголизме (F10) и наркомании (F11–F14) и на поздних стадиях шизофрении (F20–F29).

2. Гиперметаморфоз внимания — повышенная отвлекаемость.

Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного вида деятельности к другому. При выполнении корректурной пробы и других заданий больные пропускают отдельные строки в таблице, зачеркивают другие символы, забывают инструкцию. В детской практике данное нарушение выявляется в процессе сюжетно-ролевых игр у детей с психомоторной патологией.

3. Сужение объема внимания — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Встречается при опухолях головного мозга и при невротических расстройствах.

4. Истощаемость внимания — прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе работы. Выявляется по резкому снижению качества и темпа выполнения задания. Быстрая истощаемость внимания свойственна больным с травмами черепа (S06) и другими органическими заболеваниями мозга (F00–

F09), а также с реактивными пограничными состояниями (F43) и посттравматическими состояниями (F07.2).

5. Инертность внимания — невозможность своевременной переключаемости или патологическая фиксация внимания. Наблюдается у больных эпилепсией (G40), при психопатиях с паранойяльным развитием (F60.0), при психопатоподобной форме шизофрении (F21.4).

Эмоциональные расстройства. При изложении особенностей эмоциональных расстройств, учет которых важен для медицинской практики, целесообразно исходить из группировки эмоций, предложенной Мясищевым. В этом случае отдельно рассматриваются:

- эмоциональные реакции, для которых типична отчетливая связь возникших переживаний с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими;
- эмоциональные состояния, характеризующиеся изменением нервно-психического тонуса;
- эмоциональные отношения (чувства) с эмоциональной избирательностью или связью эмоций определенного вида с определенными лицами, объектами или процессами.

Расстройства эмоциональной сферы характерны для больных неврозами (F40–F48). Типичными для современной клиники неврозов являются болезненные эмоционально-аффективные реакции и состояния страха, снижения настроения и др.

Состояния страха при неврозах условно можно рассматривать в виде трех основных клинических вариантов: невротической тревоги, невротического страха и невротической фобии. Немчин изучал реакции больных на отдельные раздражители (слова и фотографические сюжеты) различной степени эмоциональной значимости для больного. По степени эмоциональной значимости слова и фотосюжеты были условно разделены на три группы:

- индифферентные, содержание которых не было включено в систему патогенных переживаний;
- отражающие патогенные переживания больных и особенности болезненной симптоматики;
- отражающие особенности психотравмирующей ситуации.

Регистрировали ЭЭГ-реакции. При исследовании больных с невротической тревогой электрофизиологические реакции значительнее были на раздражители, имеющие отношение к содержанию патогенных переживаний и психотравмирующей ситуации. Причем реакции на раздражители, отражающие содержание патогенных переживаний, обусловленных болезнью, оказались особенно выраженными. Бо́льшими были изменения, вызванные раздражителями, связанными с содержанием самого страха. У больных третьей группы с невротическими фобиями наиболее выраженными и продолжительными были сдвиги, вызванные словами и фотографическими сюжетами, отражающими особенности психотравмирующей ситуации.

В целом больные неврозами характеризуются достаточно высокими показателями сенситивности, тревожности, лабильности эмоций, импульсивности и низкими — фрустрационной толерантности.

Для больных неврастенией (F48.0) характерны повышенная ответственность и добросовестность, высокая чувствительность к критике, они отличаются высокой интенсивностью и продолжительностью эмоций, достаточно выраженной тревожностью. У них наблюдаются низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Сочетание этих характерологических особенностей наряду со стремлением к чрезмерным, превышающим реальные возможности, усилиям в основных видах деятельности чаще всего способствовали развитию психологического конфликта неврастенического типа.

Больные истерией (F44) отличаются завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, низкой степенью решительности и целенаправленности, значительной степенью внушаемости и самовнушаемости. У них часто обнаруживается сочетание выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью; потребность в контактах и стремление к лидерству сочетаются со средней степенью уступчивости и ответственности.

Больных неврозом навязчивых состояний (F40, F42) отличает прежде всего низкая степень уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью. Для части больных характерно сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности со склонностью к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций и в связи с этим — постоянной фиксацией больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствует также склонность их к самовнушению. С учетом высокой степени ответственности и добросовестности, высокой чувствительности к критике и средней способности к избеганию конфликтов более вероятной становится возможность формирования психологического конфликта обсессивно-фобического типа, чаще в области морально-этических установок больного.

Еще в большей степени к эмоционально-аффективным реакциям, в том числе патологического характера, склонны лица, страдающие психопатиями (F60–F69) (в особенности с истерической (F60.4), эксплозивной (F60.3), эпилептоидной (F60.30) клиническими формами психопатий).

Эмоционально-волевые нарушения у пациентов с личностными расстройствами выражаются в неспособности проявить упорство и волю, в переключении интересов, увлечений, невозможности достичь поставленной цели. При этом такие больные зачастую имеют нереалистичные и недостижимые притязания. Обнаруживается эгосинтонность, когда имеющиеся нарушения поведения оказываются главной отличительной чертой данного пациента и он не чувствует неправильности своих действий и модуса поведения. Личностным расстройствам присущи особая ригидность, упрямство, невозможность перестроить поведение при изменении внешних обстоятельств; одним из важных симптомов является эгоцентризм с неспособностью к сопереживанию, сочувствию другим. Хотя каких-либо формальных расстройств мышления у них нет, логика отличается крайней аффективностью, больные не могут отсрочить удовлетворение своих желаний, умозаключения отличаются кататимностью, что свидетельствует о незрелости психики.

Диагностические признаки в каждом из вариантов расстройств личности дополняются прочими, свойственными данному типу расстройствами. В ряде случаев имеет место преобладание волевых расстройств с неустойчивостью интересов и привязанностей, сменой увлечений и занятий, в других — преобладание волевых расстройств с односторонностью и необычностью пристрастий. Эмоциональные проявления характеризуются противоположной энергетической направленностью: в одних случаях — это активные, стеничные эмоции, в других их энергетический заряд снижен, эмоции пассивны, они постоянно астеничны.

В последние десятилетия многочисленные исследования были посвящены изучению таких эмоциональных состояний, которые называются ситуациями напряженности, или стрессовыми ситуациями.

Остановимся на фрустрации, которая рассматривается как один из видов психических состояний, проявляющихся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемых объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи (Левитов).

Под фрустрационной толерантностью понимается способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты своей психологической адаптации, в основе которой лежит способность человека адекватно оценивать реальную ситуацию, с одной стороны, и возможность предвидения выхода из ситуации — с другой.

Фрустрация — состояние человека, сопровождаемое различными формами отрицательных эмоций; другими словами, фрустрация — это переживание неудачи.

Ломов среди основных функций общения выделяет аффективно-коммуникативную сторону, относящуюся к детерминации эмоциональной сферы человека. Есть все основания рассматривать особенности фрустрационных реакций, присущих отдельному человеку, как одну из существенных сторон эмоциональной сферы личности, во многом определяющую его поведение в реальных жизненных ситуациях.

Показатели фрустрации у больных с невротическими расстройствами (F40–F48) статистически достоверно отличаются от таковых в контрольной группе здоровых лиц (Тарабрина) и различаются в зависимости от форм неврозов.

У больных истерией (F44) диагностируются повышенные значения показателей экстрапунитивного направления реакций (Е) и типа реакций «с фиксацией на препятствии» (OD) как по сравнению с соответствующими показателями групп больных неврастенией (F48.0) и неврозом навязчивых состояний (F40, F42), так и в сравнении с группой здоровых лиц. Тенденция к повышенной частоте экстрапунитивного направления реакций во фрустрационных ситуациях вполне согласуется с характерным для больных истерией превышением требовательности к окружающим над требовательностью к себе. Это отражается и в присущем истерии типе реагирования (высокий OD), т. е. всякий фрустратор приковывает внимание больного, становясь источником переживаний. Реакции на фрустратор чаще всего выражаются в форме подчеркивания степени фрустрации. Тарабрина изучала возможные взаимосвязи между клиническими особенностями больных истерией и количественными показателями фрустрационных

реакций по методике Розенцвейга. Выявлена неоднородность распределения показателей интропунитивного направления и типа реакций «с фиксацией на препятствии» в зависимости от клинических проявлений истерии. Наиболее высокие показатели интропунитивного направления реакций имели больные с астеническим синдромом, самые низкие — с тревожно-фобическим синдромом. Учитывая, что форма фрустрационных реакций складывается в процессе становления личности, можно предположить, что повышенная интропунитивность больных с истерией с астеническим синдромом является фактором, способствующим фиксации симптоматики. Хотя для больных истерией в целом характерен высокий показатель типа реакций «с фиксацией на препятствии» (OD), он особенно высок у больных с ипохондрическим синдромом и сочетается с высоким значением экстрапунитивного направления реакций. Это говорит о том, что всякое препятствие вызывает высокую степень фрустрации в форме раздражения и гнева, при этом фрустратор целиком приковывает внимание больных. Можно провести определенную параллель между таким поведением во фрустрирующих ситуациях и отношением больного к своему мнимому тяжелому соматическому состоянию, которое, в представлении пациента, является единственным препятствием в его жизни. С клинической точки зрения важно то обстоятельство, что сами больные, как правило, не видят в своем поведении тенденций, выявляемых с помощью методики для исследования фрустрации.

Большое значение в диагностическом и лечебно-реабилитационном планах имеет снижение, притупление эмоциональности. При этом обнаруживается более или менее выраженное безразличие по отношению ко всем явлениям жизни. Состояние апатии — общего эмоционального снижения — встречается при многих заболеваниях, однако особенно ярко эмоциональная тупость проявляется при шизофрении (F20–F29). Больной, отношение которого к членам семьи до начала заболевания характеризовалось любовью и привязанностью, становится к ним безразличным, теряет интерес к окружающему; утрачивает дифференцированность эмоциональных реакций, в его переживаниях появляется неадекватность.

Блейхер приводит результаты исследования больных шизофренией методом «пиктограммы», позволяющим ярко охарактеризовать особенности их эмоциональности. Избираемые больными для опосредованного запоминания образы оказываются лишенными эмоционального содержания, а их связь со словом-раздражителем мотивируется больными резонерски, с учетом не столько существенных, сколько незначительных признаков. Автор приводит следующие примеры пиктограмм больных шизофренией: к слову «печаль» — развернутая книга («В книге Рокуэла Кента есть печаль, сомнения, мировая скорбь»), «героический поступок» — стрела («Я думаю о воинах древности») и т. д.

У больных шизофренией сюжеты по картинам ТАТ иногда имеют необычное, неприемлемое содержание: гомосексуальность, перверзии, извращение, агрессия, братоубийство, отцеубийство и др. Например, на картинке № 7 (мужской вариант) испытуемый видит гомосексуальных любовников, или человека, «который насилует маленьких девочек», — на картине № 15, или плачущую женщину, «потому что человек, который только что ее изнасиловал, убил также и ее мужа», — на картине № 2 (женский вариант).

Часто в рассказах больных шизофренией встречаются тенденции к уходу от жизни.

Достаточно достоверным признаком параноидности можно считать восприятие разных планов картины (переднего, заднего, среднего) как разных во времени моментов: «На заднем плане — это его будущая судьба», «Рядом с ним он стоит таким же, каким бы он хотел себя видеть», «Позади него — его воспоминания о юности», «Левый край символизирует его угрызения совести при мысли о прошлом» и т. п. Паранойяльным показателем является и обнаружение одного и того же персонажа на разных картинах. Таким же показателем следует считать упорное отрицание агрессии на всех картинах, где можно найти намек на нее. В том же направлении должно настораживать экспериментатора появление на общем фоне (обычном и логичном) остальных рассказов одной необычной, обращающей на себя внимание истории.

Своеобразный характер имеет и описание больными шизофренией юмористических рисунков: юмор либо им недоступен, либо в сюжете рисунка переносится на другие, совершенно неадекватные объекты. Проявлением выраженных эмоциональных изменений, эмоциональной тупости в эксперименте по методу Роршаха оказывается уменьшение у больных шизофренией цветовых интерпретаций.

С помощью методики аудиторского анализа Бажин и Корнева изучали особенности распознавания эмоциональных состояний больными шизофренией. Больные шизофренией с клинически определяемыми явлениями эмоционального снижения сохраняют способность воспринимать и правильно интерпретировать экспрессивные признаки эмоционального состояния говорящего. У апатичных, вялых и равнодушных больных чувствительность к эмоциональным стимулам не только сохранена, но в некоторых случаях даже обостряется. Данные, полученные при использовании методики аудиторского анализа, нашли подтверждение в другой работе, в которой у больных шизофренией (F20–F29) одновременно исследовалось восприятие речевой и мимической экспрессии. Коэффициент корреляции между показателями точности опознания эмоционального состояния диктора и идентификации мимики равнялся 0,5.

В работе Беспалько также подчеркнуты ограниченность широко распространенных представлений об эмоциональных расстройствах при шизофрении и необходимость большей их дифференциации, в частности для целей восстановительной терапии. Автор выдвигает предположение, что из трех видов эмоций — эмоциональных реакций, состояний и отношений — в начале заболевания шизо-френией страдает главным образом филогенетически самая новая система эмоций, участвующая в формировании эмоциональных отношений. Именно вследствие этого появляются необычные ранее для больного склонности, искажения высших этических чувств, изменяются отношения к близким и т. п. Эмоциональные же реакции и эмоциональные состояния можно рассматривать как менее специфичные при шизофрении, хотя они и занимают существенное место в их клинических проявлениях. Для подтверждения данных предположений автор приводит результаты исследований, целью которых было выявление особенностей восприятия мимики здоровыми и больными шизофренией. Резкое увеличение крайних оценок мимики (по предъявляемым фотографиям разных лиц) у больных шизофренией

сопровождалось параллельным увеличением крайних оценок в семантическом дифференциале. Так как семантический дифференциал отражает эмоциональные отношения, то на характеристиках мимики, замечает автор, вероятно, сказывается патологическое искажение эмоциональных отношений, которое уже вторично влияет на оценки мимики.

Указанные работы в своем значении выходят за рамки изучения особенностей эмоциональных расстройств при шизофрении. Освещая более общие проблемы соотношения экспрессии и эмоций, эмоциональной коммуникации, опосредованно эмпатического потенциала личности больного, они представляют интерес для разработки психологических и социально-психологических основ психотерапии и реабилитации.

Заслуживают внимания исследования, проведенные Богатской при изучении больных шизофренией с апато-абулическим дефектом. С помощью специально разработанной психофизиологической методики и методики «незаконченных предложений» даже у этой группы больных с так называемой эмоциональной тупостью были выявлены «эмоциональные островки» в виде одного или нескольких эмоционально-значимых отношений (к работе, семье, своему будущему). Именно на эти «эмоциональные островки» были ориентированы психотерапевтические и социотерапевтические воздействия.

Примером заболевания, при котором обнаруживают яркие изменения эмоционального состояния, является маниакально-депрессивный психоз (F31). При маниакальной фазе отмечается патологически повышенное, радостное настроение — эйфория. Окружающее воспринимается больными в радужных, светлых тонах. При депрессивной фазе, напротив, изменение эмоционального состояния имеет противоположную направленность и характеризуется как меланхолическое (депрессивное). Для него характерны мрачные оценки происходящего, пессимистические взгляды на будущее. При обеих фазах заболевания отмечают также изменения познавательных процессов, в частности мышления (бредовые идеи переоценки личности в одной фазе и идеи самообвинения, самоуничижения, греховности — в другой).

С целью изучения влияния собственного аффективного состояния аудитора на распознавание эмоциональных характеристик речи исследовали больных, находившихся в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза. Оказалось, что наибольшие трудности возникали при идентификации состояния пониженного настроения, в то время как распознавание других эмоциональных состояний существенно не менялось.

Эмоционально-аффективные расстройства обычны для больных с органическими заболеваниями головного мозга (F00–F09). Повышенная раздражительность, эксплозивность характерны для лиц, перенесших травмы головного мозга (S06); эмоциональная гиперэстетическая слабость и «недержание эмоций» — для лиц с сосудистыми церебральными заболеваниями (I00–I99); раздражительность, недержание аффекта, эйфория, тревожно-боязливое или безучастно-депрессивное настроение наблюдаются при различных органических заболеваниях головного мозга.

Определенные эмоционально-поведенческие нарушения встречаются в клинике пресенильных деменций — болезни Альцгеймера (G30) и Пика (G31.0), а также при хорее Гентингтона.

Чаще всего в дебюте болезни Альцгеймера эмоциональные изменения сводятся к пониженному настроению, угнетенности, беспокойству. Однако в инициальном периоде нередки не поддающиеся терапии невротические состояния, затяжные депрессивные эпизоды, хронические параноидные состояния, в частности с идеями ревности и ущерба, острые и преходящие психотические расстройства. В поведении нередко отмечается регрессивность: неряшливость, частые сборы «в дорогу», стереотипность, ригидность. В целом создается впечатление снижения успешности социального функционирования. При болезни Альцгеймера можно отметить длительную относительную сохранность ядра личности, сознание больными своей неполноценности, эмоциональную откликаемость.

У больных с болезнью Пика диссоциация высших психических функций в первую очередь отражается на особенностях эмоционально-поведенческой сферы больного, изменения которой напоминают псевдопаралитическую картину (характерны признаки морально-этического снижения, мегаломанические или нигилистические бредовые идеи, эйфорическое или тревожно-депрессивное настроение). На первой стадии отмечаются симптомы нарушения социального функционирования и симптомы немотивированных поступков, заострение эгоистической ориентации личности с растормаживанием инстинктов, которые не контролируются. Свое неправильное поведение пациенты объясняют облегченно и мотивируют «невоздержанностью» или нетерпением. Эмоциональная жизнь характеризуется непродуктивной эйфорией (морией) или апатией. Преобладание той или иной картины зависит от локализации процесса. При фронтальной базальной атрофии преобладают эмоционально-личностные нарушения; расторможенность и ригидность сменяют друг друга. При правополушарной локализации анозогнозия неправильного поведения сочетается с эйфорией и благодушием, при левополушарной локализации — с депрессией. При конвекситальной лобной атрофии неправильное поведение сочетается с апатией и абулией.

При хорее Гентингтона большое значение придают развивающимся в ранней стадии заболевания характерологическим изменениям, выраженным аффективным реакциям, своеобразной прилипчивости типа акайрии, проявлениям назойливости, навязчивости. Эти явления обнаруживаются и в ситуации патопсихологического исследования — больные аффективно неустойчивы, раздражительны, взрывчаты. Помимо этого, в преморбиде отмечаются ранняя алкоголизация, тенденция к асоциальному и криминальному поведению, раннее повышение полового влечения. По мере углубления деменции эти характерологические проявления сменяются безразличием к окружающему, эйфорически-благодушным настроением.

Описаны нарушения эмоционально-аффективной сферы у больных с эпилепсией (G40). Для данного контингента больных характерны эксплозивные черты — раздражительность, нетерпеливость, недовольство, обидчивость, выраженные в разной степени. Вместе с тем отмечаются диаметрально противоположные черты: робость, застенчивость, болезненность, неуверенность, а также склонность к самоуничижению, преувеличенная любезность, доходящая до льстивости и по-

добострастия, почтительность и ласковость в обращении. Подобные полярные нарушения аффективности могут отмечаться в различных соотношениях у одного и того же больного. Возникнув, они продолжительное время не меняются, несмотря на смену обстоятельств (вязкость аффекта). Присоединение грубых интеллектуально-мнестических расстройств (слабоумия) сопровождается вялостью, пассивностью и стиранием эксплозивных черт, в частности аффективной напряженности.

Настроение больных эпилепсией обычно подвержено частым колебаниям — от угрюмо-пониженного с чувством раздражения, неприязни и безнадежности до повышенно-беспечного или несколько возбужденного. Колебания настроения возникают как спонтанно, так и под влиянием обыденных событий и впечатлений. Самым распространенным эмоциональным расстройством при эпилепсии являются дисфории — вспышки мрачно-озлобленного настроения. Легко возникающие вспышки гнева, иногда ярости, сопровождаются грубостью, ссорами — вплоть до агрессивных поступков. У одних больных эпилепсией отмечаются тоска, сопровождающаяся болевыми ощущениями в груди, тревога или беспричинный страх, сочетающийся со злобностью, подозрительностью, напряженностью и готовностью к разрушительным действиям. Больные в таком состоянии жалуются на мучительные мысли, от которых не могут отделаться; чаще это мысли о самоубийстве или убийстве близких (гомоцидные мысли). В менее тяжелом состоянии наблюдается слепое раздражение, больные придирчивы, всем недовольны. Другие больные эпилепсией периодически становятся тихими, грустными, аутичными. Значительно реже отмечаются состояния повышенного настроения, часто сочетающегося с раздражительностью, для которых характерны восторженность, вплоть до экстаза, театральное поведение, патетическая речь. В ряде случаев повышенный аффект имеет мориоподобный (дурашливый) оттенок, а поведение больного — характер клоунады. Расстройства настроения при эпилепсии продолжаются несколько часов или дней и могут сопровождаться состоянием помрачения сознания с растерянностью и амнезией различной глубины, бредовыми идеями, импульсивными влечениями в форме бродяжничества, воровства, запоя, сексуальных эксцессов.

Описаны нарушения эмоционально-аффективной сферы у больных с височной эпилепсией (G40). Изменения имеют либо пароксизмальный, либо перманентный характер и проявляются в виде страха, тревоги, снижения настроения, злобности, реже — в виде приятных ощущений в различных органах, чувства «озарения», «нахождения в раю». У больных джексоновской эпилепсией (G40) эмоциональные расстройства были значительно менее выраженными, чем при поражении медиобазальных отделов височных долей.

Эмоциональные нарушения при опухолях височной доли (D43) сходны с теми, которые отмечены при височной эпилепсии. У подавляющего большинства больных они также наблюдались при локализации опухоли в медиобазальных отделах височных долей и, как правило, отсутствовали при расположении опухоли в поверхностных отделах височной доли.

Таким образом, приведенные данные подтверждают известные представления о роли медиобазальных отделов височных долей в генезе эмоциональных расстройств.

В качестве примера адекватного планирования и проведения экспериментально-психологических исследований эмоционально-аффективной сферы больных в соматической клинике, направленных на изучение внутренней картины болезни, повышение эффективности психотерапевтических и психогигиенических мероприятий, можно привести работы Зайцева и его сотрудников, в которых использовался ассоциативный эксперимент. С помощью методики свободных вербальных ассоциаций у части больных инфарктом миокарда (I21) были выявлены ассоциативные комплексы, свидетельствующие о наличии психологической доминанты, отражающей представления о болезни и возможном неблагоприятном ее исходе. Характерные для больных инфарктом миокарда расстройства в эмоционально-аффективной сфере нашли отражение в эмоционально насыщенных ассоциациях и в готовности продуцировать словесные ассоциативные комплексы с аффективной окраской. Так, от слов «раненый, мертвый, могила», связанных с тематикой военных лет, больной перешел к комплексу «морг, больница, инфаркт, смерть». Этот комплекс указывал на имеющуюся у него психологическую доминанту, отражающую особенности внутренней картины болезни. Представляет интерес, что у всех больных инфарктом миокарда, у которых до лечения были выявлены подобные ассоциативные комплексы, они исчезали под влиянием лечебно-реабилитационных воздействий. В контрольной группе здоровых в процессе того же эксперимента отмечены смысловые ассоциации обычного содержания.

Контрольные вопросы

1. К основным принципам патопсихологического исследования, по Зейгарник, относятся все указанные, кроме:

❶ построения эксперимента по типу функциональной пробы;

❷ стандартизации процедуры проведения эксперимента и анализа данных;

❸ качественного анализа хода и результатов исследования;

❹ изучения закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования психических процессов в норме.

2. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме:

❶ устойчивости;

❷ разноплановости;

❸ переключаемости;

❹ концентрации.

3. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:

❶ Шульте;

❷ Векслер;

❸ Бурдон;

❹ Бине.

4. Основателем отечественной школы патопсихологии является:

❶ Лебединский;

❷ Лазурский;

❸ Ананьев;

❹ Зейгарник.

5. К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:

❶ резонерства;

❷ разноплановости;

❸ соскальзывания;

❹ склонности к детализации.

6. Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме:

❶ классификации;

❷ исключения предметов;

❸ методики «двойной стимуляции» Выготского—Сахарова;

❹ 10 слов.

7. Память может быть всех указанных видов, кроме:

❶ оперативной;

❷ познавательной;

❸ кратковременной;

❹ отсроченной.

8. Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме:

❶ замедленности;

❷ тугоподвижности;

❸ актуализации малозначимых «латентных» признаков;

❹ вязкости.

Глава 14

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Психосоматические расстройства составляют значительную часть «болезней цивилизации» и на протяжении последнего века являлись объектом интенсивных исследований в рамках так называемой психосоматической медицины ввиду возрастающей роли их в общей заболеваемости населения.

Двумя основными группами психосоматических расстройств являются «большие» психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца (I20–I25), гипертоническую болезнь (I10), язвенную болезнь желудка (K25) и двенадцатиперстной кишки (K26), бронхиальную астму (F54) и некоторые другие, и «малые» психосоматические расстройства — невротические нарушения внутренних органов, или так называемые органные неврозы (F45.3). Не все авторы склонны относить «органные неврозы» к собственно психосоматической патологии. Франкл полагал, что соматическим заболеваниям, вызванным психическими причинами, следует противопоставлять психогенные заболевания (неврозы (F40–F48)) как психически обусловленные.

Поставив во главу угла своей концепции идею «холизма», целостности организма и психики при рассмотрении различных заболеваний и акцентируя внимание на роли в них личности, психосоматическая медицина привлекла в свои ряды многочисленных сторонников. Ее успеху в значительной степени способствовало то, что в научной, и особенно практической, медицине она воспринималась как закономерная и вполне адекватная реакция на технизацию современной медицины, чреватую опасностью «потери больного». К настоящему времени психосоматическая медицина представлена сотнями монографий и тысячами других публикаций, в том числе в многочисленных периодических изданиях.

Появление термина «психосоматический», согласно литературе, относится к 1818 г. (Хайнрот), а термина «соматопсихический» — к 1822 г. (Якоби), но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине.

Содержанием психосоматического подхода, по Стоквису, является привлечение психологических данных для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, для лучшего понимания и лечения психических расстройств. Нет необходимости, отмечает он, в рамках общего психосоматического подхода разделять изучаемые явления на психосоматические и сомато-

психические, и видит в этом скорее игру слов. Заметим, что в 1940–1950-х гг. в нашей литературе отдельные авторы избегали слова «психосоматический», рассматривая его не без оснований в семантическом плане (с учетом истории упрочения этого понятия в литературе) как синоним слова «психоаналитический», и предпочитали ему термин «соматопсихический» как более отражающий позиции материалистической психологии и физиологии, с чем, конечно, нельзя согласиться.

Большей частью наблюдается двусторонний, но единый характер психосоматических соотношений со взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот; если рассматривать эти отношения в динамике, то такой взаимный переход является просто закономерным.

В психосоматической литературе наряду с психосоматическим подходом в разное время говорилось о психосоматической ориентации, точке зрения, движении, течении, исследовательском направлении и т. д. Зарождение психосоматической медицины связывают с работами Фрейда, указывая, что это направление (точнее доминирующие в нем концепции) начинается с истории болезни Анны О., в которой впервые было представлено возникновение физического симптома по механизму конверсии. Хотя сам Фрейд никогда ни в одной из своих работ не использовал термина «психосоматическая медицина» (цит. по Витковеру), в дальнейшем благодаря работам группы учеников и последователей Фрейда в Америке — 1930–1940-е гг. — и европейских исследователей — послевоенные годы — понятие психосоматической медицины получило широкое распространение, в частности, благодаря открытию центров психосоматической медицины и изданию специальных журналов.

Условно в психосоматической медицине можно выделить несколько направлений: психоаналитическое, антропологическое и др. Вместе с тем иногда даже самые фанатичные противники психоанализа пользуются в своих психосоматических высказываниях терминами и выражениями, пришедшими из психоанализа. Более того, с их точки зрения, психосоматика имеет смысл только как применение психоаналитических исследований к соматическим расстройствам. Ошибочно недооценивать значение и других течений в психосоматике (например, поведенческого направления) и подходить к этим проблемам слишком односторонне, т. е. с одних лишь психоаналитических позиций.

Ниже приводятся данные о нескольких основных (из многих существующих) направлениях зарубежной и отечественной психосоматики, а также краткое содержание ее актуальных проблем и трудностей дальнейшего развития в рамках современной биопсихосоциальной парадигмы медицины.

Психоаналитическое направление. Хотя Фрейд в своих работах никогда не использовал термин «психосоматическая медицина» и его личный вклад ограничен концепцией конверсионных нарушений, т. е. символического значения телесных изменений при конверсионной истерии (F44), сама разработка психосоматической концепции, основанной на психоаналитическом подходе, принадлежит его коллегам. Гроддек в дискуссиях с Фрейдом доказывал, что органические заболевания в конечном счете имеют психологическую природу. Он полагал, что телесное заболевание связано с Оно, с «силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими». Ференци разработал близкую этому

взгляду концепцию «символического языка органов» и использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения. Соматическая болезнь в его интерпретации — это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой. Дойч разработал концепцию органных неврозов (F45.3), в которой большое значение придает слабости органа, обусловленной предшествующим болезненным процессом. Эта концепция близка к идее Адлера о миелодисплазии, или неполноценности органа как выражении его конституциональной слабости. Один из пионеров психосоматического движения в США Джеллиффе не видел границ между неврологией, психиатрией и психоанализом. В «Очерках психосоматической медицины» он определил свои взгляды как «психосоматический монизм».

В 1931 г. Витковер опубликовал книгу «Воздействие эмоций на соматические функции». Истерические конверсионные симптомы он исключил из группы психосоматических расстройств, «органные» же неврозы и собственно психосоматические болезни рассматривал как синонимы. Другие психоаналитики вообще не делают принципиальных различий между всеми тремя группами психосоматических расстройств — конверсионными истерическими явлениями, органными неврозами и психосоматическими заболеваниями в узком смысле слова. Важным критерием для понимания их природы является вид вытеснения. У больных первой группы жизненный конфликт разрешается путем сравнительно легкого вытеснения, во второй группе следует говорить о подавлении жизненного конфликта со сравнительно более сильным вытеснением, в третьей группе речь идет о судорожной попытке справиться с конфликтом, овладеть им путем гораздо более глубокого вытеснения, даже двойного вытеснения.

В 1935 г. вышла книга Данбар с близким названием — «Эмоции и соматические изменения», в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. С 1939 г. под ее редакцией стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». Данбар обобщила 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге «Психосоматический диагноз», в которой закончила разработку концепции «профиля личности», считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности. Данбар так выразила свое отношение к психосоматическому подходу: «Некоторые думают, что психосоматическая медицина как специальность имеет дело лишь с известной группой болезней, как, например, дерматология или офтальмология. Но фактически прилагательное “психосоматический” указывает на концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями. Быть может, эта точка зрения более существенна для оценки одних заболеваний, нежели других, но, вообще говоря, не должно быть прежней дихотомии “психики” и “соматики”. Психосоматический подход — стереоскопический, он содержит в себе и физиологическую и психологическую технику. Он может быть применим ко всем болезням».

С начала 1940-х гг. вышел ряд книг под одним названием — «Психосоматическая медицина». Холлидей сделал попытку очертить границу психосоматических синдромов и их взаимосвязи. Он считал, что психосоматическими заболеваниями следует обозначать лишь такие, природа которых может быть понята только тогда, когда установлено несомненное влияние эмоционального фактора на физическое состояние. Он относил к ним нейродермит (L20.8), люмбаго (M54.5), мигрень (G43), хорею (I02), пептическую язву (K25), колиты (K51), гипертонию (I10), бронхиальную астму (F54), дисменорею (N94.4), экзему (L23), псориаз (L40), нейроциркуляторную астению (F45.3).

Необходимость синтетического подхода к больному сформулировал А. Майер, глава американской психиатрии в 40–50-х гг.: «Настоящий период в развитии психиатрических знаний характеризуется выдвижением на первый план человеческой личности, на ней сосредоточена вся медицинская мысль современности».

Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы является Александер. Он приехал в США из Германии сложившимся психоаналитиком, в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте. Он изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств. В 1934 г. Александер сформулировал принципы, которые легли в основу концепции специфичности.

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Правильное знание этих причинных факторов может быть приобретено в ходе психоаналитического лечения.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

В отличие от Данбар Александер подчеркивал значение психодинамического конфликта как более важного в природе психосоматического расстройства, чем личностный профиль. По Александеру, три фактора: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации — важны в этиологии психосоматических расстройств.

Чикагский психоаналитический институт под руководством Александера, используя психоанализ как терапевтический подход, проводил разнообразные исследования дыхательной системы (бронхиальная астма (F54), сенная лихорадка (J30.1)), сердечно-сосудистой системы (гипертензия (I10), мигрень (G43)), эндокринно-метаболических расстройств (диабет (E10), гипогликемия (E16.2)), кожных болезней (экзема (L23), нейродермит (L20.8) и др.), заболеваний суставов

и скелетной мускулатуры (ревматоидный артрит (M05)). Было установлено, что при ряде заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной, мышечной и кожной систем физиологические ответы на различные эмоциональные напряжения были индивидуально постоянны и различны у каждой группы заболеваний. Кроме того, вегетативные дисфункции, возникающие при внутреннем эмоциональном конфликте, коррелировали со специфическими физиологическими ответами. В своей книге «Психосоматическая медицина» Александер определял специфичность как «физиологические ответы на эмоциональные стимулы, нормальные или болезненные, которые разнятся природой эмоционального состояния. Эти вегетативные ответы на различные эмоциональные стимулы отличаются качеством эмоций». К моменту выхода этой книги Александера было выделено 6 специфических психосоматических заболеваний: язва двенадцатиперстной кишки (K26), ревматоидный артрит, язвенный колит (K25), бронхиальная астма, нейродермит (L20.8) и гипертензия (I10). Исследование тиреотоксикоза (E05) в дальнейшем завершилось присоединением седьмого заболевания к «Проекту психосоматической специфичности». В работе Александера, Френча и Поллока утверждается: «В целом наш длительный статистический анализ указывает, что могут быть совершенно достоверны различия между семью специфическими заболеваниями на основе психологических образцов, связанных с каждым из них». За год до смерти Александер писал: «Я полагаю, что в некоторых случаях психологические факторы могут быть этиологически более важны, в других — менее. Моя точка зрения состояла только в том, что они заметно присутствуют в специфических расстройствах при семи заболеваниях, сущность которых была нами исследована». Практическая ценность исследований Александера заключается в том, что если специфические психологические особенности характерны для определенных заболеваний, то это даст возможность ранней диагностики соматического поражения по психологическим характеристикам пациента. Дальнейшие исследования Поллока показали, что пациенты с характерными психодинамическими констелляциями и уязвимостью соматической системы или органа обладают высоким риском развития специфического соматического заболевания. Продолжаются поиски корреляций между специфическим эмоциональным конфликтом и соматическим заболеванием. Сохраняется также тенденция рассматривать психосоматическую болезнь как выражение заболевания структуры Я. Если в ходе жизни чувство Я и чувство реальности человека не получают полного развития, ему приходится переадаптироваться к требованиям внешнего мира или к состоянию отгороженности от многих сфер жизни. Индивидуум с психосоматическим заболеванием реагирует на трудности в социальной, профессиональной, личной ситуации бегством в ложную идентичность. Таким образом он стремится уйти от реального, актуального вопроса «кто я?», заменяя его симптомо-ориентированным вопросом «что со мной, чем я страдаю?». Другими словами, вопрос о его собственной идентичности заменяется вопросом о симптоме, который представляет интернализованный образ матери раннего детства, поскольку она была способна реагировать по-матерински только тогда, когда ребенок был болен.

Наряду с исследованиями Чикагского психоаналитического института, завершившимися выделением группы специфических психосоматических заболеваний, существует и другая точка зрения, согласно которой психосоматическая медицина рассматривается как личностно-ориентированный подход ко всем заболеваниям. В книге «Психосоматическая медицина» Вейс, Инглиш писали: «Близок день, когда окончательно исчезнут в диагностике выражения "или—или" — функциональное или органическое, — а на смену им придут "как много того или другого", эмоционального или соматического. Такова истинная психосоматическая концепция в медицине».

Антропологическое направление. В этом случае к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии подходят с позиций анализа бытия. Сохраняет свое значение поиск символического смысла физических болезненных расстройств, хотя исследование этого смысла осуществляется уже не психоаналитически, а специальным антропологическим методом. Представители антропологического направления вслед за Вайзеккером свою задачу видят в понимании смысла болезненного симптома в связи с духовной экзистенцией больного, а сама болезнь рассматривается как экзистенциальное бедственное состояние во внутренней истории жизни человека. Смысл симптомообразования, утверждает Вайзеккер, важнее, чем определение соматической формы его проявления. И психоаналитики и антропологи ведущим в своей работе считают глубиннопсихологический анализ истории переживаний больного с целью понимания содержательного смысла болезни, и нет принципиальной разницы в том, каким путем они это делают. Если один из них стремится понять больного аналитическим, то другой — антропологическим методом, использующимся для понимания бытия. Распространению антропологического направления в психосоматике в известной мере препятствовал философский, религиозно-мистический язык этих работ, с обилием метафор и неологизмов, что существенно затрудняет их понимание не только практическими врачами, но и специалистами.

Концепция профиля личности. Для проблемы специфичности психосоматических расстройств обычна постановка следующих вопросов: предрасположены ли лица, обладающие определенной личностной структурой, к определенному психосоматическому заболеванию; приводят ли определенные конфликтная и общая жизненная ситуации к определенному психосоматическому заболеванию; существует ли взаимосвязь между поведенческими особенностями человека и риском заболевания определенным психосоматическим заболеванием. Наибольшее число работ, выполненных как клиническим, так и экспериментально-психологическими методами, посвящено поискам «профиля личности», специфичного для того или иного психосоматического расстройства. Точка зрения, утверждающая наличие подобных профилей личности, имеющих диагностическую, прогностическую и терапевтическую значимость, обычно связывается с исследованиями Данбар, представленными в получивших широкую известность монографиях «Эмоции и соматические изменения», «Психосоматический диагноз». В англо-американской литературе разных лет описывались характерные личностные профили для больных грудной жабой (I20), гипертонической болезнью (I10), бронхиальной астмой

(F54), язвенной болезнью желудка (K25), спастическим колитом (F45.3), ревматоидным артритом (M05), мигренью (G43) и др.

Общим итогом этих исследований явилось скорее отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Многие авторы склонны отказаться от поиска профилей личности, заменить этот аспект исследований описанием особенностей личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.

Что же касается специфических конфликтных и жизненных ситуаций, то поиски их также не увенчались успехом. В конечном счете, подчеркивает Стоквис, совсем не важно, что переживает человек, гораздо важнее, как он перерабатывает пережитое, поэтому не сами конфликты, а лишь тип и характер их переработки могут обнаружить сходство и только в этом отношении и можно было бы говорить об их специфике. К этому вопросу, одному из наиболее актуальных для дальнейшего развития проблемы психогенетического анализа, и основывающейся на нем психотерапии неоднократно обращались авторы, придерживающиеся самых различных взглядов на природу психогенных расстройств у человека. Комплексу патологических симптомов, обычно используемому в диагностически-терапевтическом плане, противопоставляются более значимые эмоционально-мотивационные нарушения перцептивного познания мира и установок по отношению к людям и событиям. В этом случае, отмечает Фортуна, именно специфический характер переработки конфликтных переживаний явился бы основанием для классификации и терапии (например, «невроз с механизмом подавления эмоций и рационализацией», «невроз с конфликтом соперничества, компенсированным механизмом стремления к самоутверждению» и т. д.). Одной из попыток решения этих сложнейших вопросов с позиций психологии отношений явились работы Мясищева, в которых он рассматривал основные клинические формы неврозов (F40–F48) как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком.

Концепция алекситимии. В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Разрабатывают методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт. Дальнейшее изучение алекситимии в системе других факторов риска биологической и психосоциальной природы имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, долговременного прогноза и организации профилактических мероприятий в рамках превентивной эпидемиологии.

Термин «алекситимия» ввел Сифнеос в 1973 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенден-

ции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и особенно в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все бóльшую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций.

Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Концепция алекситимии, в том виде, как она была сформулирована Сифнеосом, породила интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации и описания собственных эмоций и подверженностью психосоматическим расстройствам. Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция к развитию у алекситимических индивидов ипохондрических и соматических расстройств (Тейлор). Было высказано предположение, что неспособность алекситимических индивидов регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции на неокортикальном уровне может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний.

Для объяснения синдрома алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств Неймиах выделил две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Если отрицание рассматривать как психологическую защиту, то теоретически можно допустить обратимость защитного процесса и последующее исчезновение синдрома алекситимии и соматических симптомов. В этом случае можно говорить о «вторичной алекситимии», т. е. состоянии, которое обнаруживается у некоторых пациентов, перенесших тяжелые травмы, и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее столь поразительно у них отсутствовавшие.

Однако как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря на

длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения имеет место не торможение, а отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата. В модели дефицита акцент делается на разладе инстинкта, который, минуя психическую переработку из-за сниженной способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать, непосредственно воздействует на соматику с неблагоприятными последствиями. Этой модели придерживается и автор термина алекситимии Сифнеос.

Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Вопрос о происхождении самих алекситимических черт остается открытым и для самого основателя концепции. Вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, проистекает ли из-за задержек в развитии — семейных, социальных или культурных? На эти вопросы нет ответа. Имеются, однако, предварительные свидетельства, указывающие на то, что основное значение имеют генетические факторы и что сам этот феномен может быть понят, скорее всего, в рамках нейрофизиологии.

Поскольку алекситимия может встречаться и у здоровых людей, и у больных с различными заболеваниями, то следует иметь в виду, что алекситимия — это не «мотивированное забывание», которое может объясняться простым вытеснением или отрицанием и которое можно обнаружить в оговорках, распознаваемом переносе. Ее следует отличать от такого рода психической нечувствительности, которая может развиваться как активный мотивированный процесс вследствие массивной психической травмы, угрожающей изоляцией, дезинтеграцией и депрессией; ее следует отличать также от тех видов познавательной деятельности и экспрессии, которые характеризуют сходные виды таких психиатрических синдромов, как привычные аффективные нарушения при вялотекущей шизофрении (F21), а также от того типа операционального мышления, которое характерно для малограмотных или когнитивно неразвитых, по Пиаже, людей. То, что квалифицируется как алекситимия, в некоторых случаях может оказаться культурной или субкультурной характеристикой.

В то время как идет полемика относительно того, является ли алекситимия зависимым от ситуации состоянием или стабильной личностной характеристикой, разработан ряд методов для ее измерения. Если некоторые из них учитывают лишь определенные аспекты алекситимии, то в других делается попытка измерить все компоненты этой многомерной характеристики. Однако исследователи не всегда подвергали разрабатываемые измерительные методики строгим и неоднократным оценкам их надежности и валидности.

Имеющиеся в настоящее время методы измерения алекситимии включают: опросники, оценки по которым выставляются наблюдателями, шкалы самоотчетов, проективные техники.

В психологическом практикуме к этой главе для измерения алекситимии приведена Торонтская алекситимическая шкала (TAS). На основании литератур-

ных данных можно полагать, что сегодня — это один из немногих способов измерения алекситимии, который соответствует требованиям, предъявляемым к тесту, подходящему как для клинических, так и для исследовательских целей, и который превосходит другие измерения алекситимии (построенные по принципу самоотчета).

Психиатрия консультирования-взаимодействия как одно из направлений современной психосоматики. В начале 70-х гг. XX в. научные исследования и клиническая практика, основанные на современных подходах, способствовали повышению интереса к психосоматической медицине, которая к тому времени переживала кризис. Ранее в центре внимания психосоматической медицины находились психологические факторы. В 1970-е гг. на смену преобладающей биомедицинской модели, в рамках которой не было места социальному, психологическому, бихевиоральному, приходит биопсихосоциальная модель, впервые предложенная Энгелем в 1977 г., синтезировавшая достижения психосоматической медицины и предполагающая значимость биологических, психологических и социальных факторов в развитии, течении и исходе физических и психических расстройств.

Три взаимосвязанных аспекта являются решающими в определении психосоматики.

1. Это научная дисциплина, изучающая соотношения биологических, психологических и социальных факторов в норме и патологии.
2. Это собрание постулатов, заключающих в себе холистический подход в клинической практике.
3. Это дисциплина, включающая в себя психиатрию консультирования-взаимодействия (*consultation-liaison psychiatry*), — ПКВ.

ПКВ долгое время считалась особой областью психиатрической практики, которая развилась как одно из ответвлений психосоматической медицины. Это направление возникло в Германии и Австрии в 20–30-х гг. XX в. и затем успешно развивалось в Соединенных Штатах Америки, где на ее развитие в значительной степени повлияла психобиологическая школа психиатрии, основанная А. Майером. В его подходе, который он назвал психобиологией, подчеркивалось значение изучения биографии пациента как средства понимания личности в целом. Психобиология изучала человека как индивидуума в норме и патологии. Из этого логически следует, что с такой холистической точки зрения общая медицинская практика и психиатрия скорее должны быть объединены, чем разъединены. Подобная интеграция предполагает развитие психиатрических отделений в больницах широкого профиля и сотрудничество между психиатрами и их коллегами-непсихиатрами в лечении как физических, так и психологически обусловленных расстройств.

В 1920–1930-х гг. в США появляются первые психиатрические отделения в больницах широкого профиля. Одно из таких наиболее значимых отделений, основанное в Университете Колорадо, было названо «Отделение психиатрического взаимодействия». Вероятно, отсюда и берет свое начало термин «психиатрическое взаимодействие». Пациенты таких отделений составляли тот контингент, который использовался для учебных целей и включался в исследовательские работы. Деятельность такого рода можно рассматривать как применение психосома-

тических подходов в клинической практике. Подобные отделения были открыты в большинстве университетских клиник для выполнения трех задач.

1. Дать возможность врачам и студентам ознакомиться с каждым пациентом, независимо от того, на что он жалуется и чем болеет, и разумно применять психиатрический подход, для того чтобы улучшить состояние пациента и помочь ему разобраться в своих проблемах — будь то соматические или личностные либо те и другие.
2. Признать психологию в качестве составной части профессионального мышления врачей и студентов во всех отраслях медицины.
3. Довести до сознания врачей и студентов потребность в доступной концепции личности и социального функционирования.

В 1973 г. Липовски определил ПКВ как «область клинической психиатрии, которая заключает в себе клиническую, обучающую и исследовательскую деятельность психиатров и связанных с ними профессионалов в области психического здоровья в непсихиатрических подразделениях госпиталя широкого профиля». В этом определении заключены два взаимосвязанных аспекта:

1. Консультирование. Оно обеспечивает экспертное диагностическое мнение и совет, как вести лечение пациента, учитывая его психическое состояние и поведение. Такое консультирование проводится по просьбе профессионала-непсихиатра.
2. Взаимодействие. Оно означает связь групп профессионалов с целью эффективного сотрудничества.

Таким образом, ПКВ возникла в результате слияния психобиологии и психосоматики, т. е. двух концептуальных направлений, которые отстаивают холистическую точку зрения на человека и сотрудничество между психиатрией и общей медициной. К такому заключению пришел Липовски в 1990 г. и на этом основании определил ПКВ как субспециализацию психиатрии, имеющую дело с клинической сферой деятельности, обучением и исследовательской работой в непсихиатрических учреждениях здравоохранения.

Клиническая деятельность включает в себя консультирование, взаимодействие и терапию. Психиатрическое консультирование врачей-непсихиатров — это краеугольный камень клинической деятельности психиатра в сфере консультирования-взаимодействия.

Различают три основных типа психиатрического консультирования в медицинских учреждениях широкого профиля:

- консультирование, ориентированное на пациента, когда в центре внимания находятся пациенты;
- консультирование, ориентированное на консультируемого, когда в центре внимания стоят проблемы консультируемого и их обсуждают без присутствия пациента;
- консультирование, ориентированное на ситуацию, когда в центре внимания находится взаимосвязь между пациентом и членами медицинского коллектива, осуществляющего лечение и уход за пациентом.

Второй аспект клинической деятельности — взаимодействие — вызвал большую полемику. Стержнем работы по взаимодействию в целом является тесный контакт между ключевыми фигурами в клинической сфере: пациентами, семьями, врачами, психологами, медсестрами, социальными работниками, администраторами и другими лицами, оказывающими помощь пациенту. Взаимодействие посредством такого контакта называется консультирование-взаимодействие, и главным участником такого процесса является психиатр. Его задача — быть экспертом в психологических и социальных параметрах болезни, ему необходимо иметь дополнительные знания относительно различных характеристик на стыке психиатрии и других медицинских дисциплин.

Сторонники взаимодействия утверждают, что такое консультирование содействует более быстрому получению данных для истории болезни, помогает предотвратить кризис в палате, вызванный конфликтами между пациентами и персоналом или неспокойным поведением пациента, позволяет консультанту проводить обучение по психосоциальным и психиатрическим аспектам помощи пациенту. И напротив, оппоненты такого интенсивного взаимодействия возражают против него, аргументируя это тем, что такая работа требует много времени и, следовательно, дорогостоящая. Консультант может легко превратиться в своего рода странствующего проповедника, который мало что может дать для лечения и ухода за пациентом. А кроме того, персонал может считать, что он вторгается в чужую деятельность. Действительно, взаимодействие требует людских ресурсов, денег и мотивации. Но такая работа необходима, потому что только служба — консультирование—взаимодействие может значительно улучшить диагностику и лечение и снизить расходы (например, уменьшить срок пребывания пациента в госпитале).

Третий важный аспект клинической деятельности психиатров в сфере консультирование-взаимодействие — непосредственная терапия направляемых к нему пациентов. Это обычно происходит либо в виде вмешательства во время кризиса, либо в форме краткой психотерапии у постели больного.

Такой взгляд отражает американскую точку зрения на клиническую деятельность. В Европе это понятие рассматривается в несколько ином ракурсе, весьма схожем в основных позициях, но в целом отражающем его шире. Это проявляется и в названии — «Психосоматическая служба взаимодействия». Используются три модели организации:

- консультационная модель. Консультации проводятся только по просьбе, консультант обычно дает письменное заключение на основании собственного осмотра пациента;
- модель взаимодействия как такового. Консультации проводятся независимо от или в дополнение к специальной просьбе. Консультант по крайней мере один раз в неделю участвует в обходах, во врачебных конференциях, иногда может назначать терапию внутри отделения или наблюдать за деятельностью врача и его помощников в интеграции психологических и социальных аспектов в лечении;
- модель психосоматической рабочей группы. Внутри соматического отделения группа профессионалов, часто владеющих двумя специальностями — психосоматическая медицина и психотерапия, — работает как подразделение.

Важной функцией ПКВ является обучение. Существуют клинические проблемы на стыке психиатрии и общей медицины, о которых специалист в области консультирования-взаимодействия должен знать и обязан уметь их решать. Поскольку ПКВ охватывает знания о комплексном взаимодействии психологических, социальных и биологических факторов, которые в большой степени определяют течение и исход широкого круга заболеваний, то подготовка специалиста в этой области приобретает особую значимость.

Местоположение и методы психиатрической практики повлияли на ремедикализацию психиатрии. Психиатрическая помощь переместилась в подразделения госпиталей широкого профиля, что позволило психиатру такого госпиталя использовать большой спектр лечебных подходов к пациентам всех возрастов с бесчисленными клиническими проблемами. Психиатры госпиталя широкого профиля, используя и соматическое и психологическое лечение, могут работать параллельно с коллегами других специальностей, что дает большие возможности для интеграции биологических, психологических и социальных факторов в здравоохранении.

Связи между психиатрией и другими медицинскими специальностями стали очевидны за последнее десятилетие. Такие факты, как восстановление в прежнем виде медицинской интернатуры для тех, кто хочет специализироваться в психиатрии, расширение службы психиатрии взаимодействия, появление новых психиатрических отделений в госпиталях широкого профиля, — все это свидетельствует о том, что ломаются искусственные границы между психическим и физическим здоровьем. Для того чтобы проводить обучение в данной области деятельности, недостаточно быть только психиатром. Консультирование в области психиатрических расстройств и выработка стратегии для лечения физически больного, обучение персонала и развитие системы помощи в качестве эксперта, уделяющего особое внимание многим факторам психобиологических, а также психосоциальных аспектов здравоохранения, — все это выходит за рамки традиционной психиатрии.

Другая важная функция ПКВ — исследования на стыке психиатрии и общей медицины. «Взаимодействие — это клиническое применение психосоматической медицины».

Возможности для исследований в ПКВ фактически безграничны, так как они охватывают почти все области клинической медицины. Эту область исследований в разное время называли, используя различные термины: «психосоматика», «психобиология», «психофизиология». Относительно недавно появился термин «биопсихосоциальные исследования».

На исследования в области ПКВ оказывают влияние не только экономические и политические изменения, но и научные достижения, в частности новые биомедицинские технологии и методологические достижения в диагностике и лечении. Психиатры в сфере консультирования-взаимодействия все шире вовлекаются в исследования, которые можно отнести к клиническим психосоматическим исследованиям. Несмотря на кажущееся их сходство, следует иметь в виду, что психосоматические исследования направлены на предположительно этиологическую роль различных психологических переменных болезни, например таких,

как рак или коронарная болезнь сердца. Психиатры в сфере консультирования-взаимодействия исследуют психосоциальные и психиатрические следствия уже имеющейся физической болезни и ее лечения.

Наиболее значимыми областями в исследованиях консультирования-взаимодействия являются диагностика, механизмы заболевания, биологическое лечение, исследования в области служб здоровья, психосоциальное лечение физических расстройств.

Особую сложность представляют пациенты с психиатрическим расстройством, представленным первоначально как соматические симптомы — соматизация. Этот термин возник относительно недавно для описания пациентов с соматическими жалобами, не имеющими органической основы. Факторы, способствующие соматизации, весьма разнообразны. Их можно выстроить в ряд, начиная с биологических, через психологические — к социальным и культурным. Этот термин сейчас используется для описания широкого круга процессов, вынуждающих пациентов искать медицинскую помощь по поводу телесных симптомов, которые неправильно отнесены к органическим заболеваниям. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обратила внимание на необходимость понимания соматизированных симптомов, которые должны рассматриваться в качестве важнейшего решающего фактора в эффективности медицинской помощи в учреждениях широкого профиля, так как там соматические проявления психических болезней являются нормой. Это требует того, чтобы психиатры занимались исследованием больных с неорганическими расстройствами в медицинских учреждениях широкого профиля.

Зародившись в Америке в 1930-е гг., ПКВ постепенно распространилась во всем мире. Психические расстройства — это важная социальная проблема, а все возрастающее количество исследований подчеркивает значительную связь между социальными факторами и многими психическими расстройствами. Профессионалы различных специальностей — интернисты, психиатры, психиатры в сфере консультирования-взаимодействия, психосоматики, клинические психологи, специалисты в области бихевиоральной медицины, социологи и др. — занимаются исследованиями на стыке наук. Тот факт, что психиатры в сфере консультирования-взаимодействия пребывали в относительной изоляции, причиняло ущерб количеству и качеству исследований, а также развитию области в целом. В сентябре 1988 г. в Марбурге была избрана рабочая группа, названная «Европейская рабочая группа консультирования-взаимодействия по психиатрии и психосоматике в госпиталях широкого профиля». Основной ее целью является сотрудничество в клинических и исследовательских программах, для того чтобы улучшить психологическую и психиатрическую помощь в медицинских учреждениях широкого профиля.

Экскюль и Везиак пошли дальше Энгеля и используют концепцию человека как открытую систему, которая осуществляет обмен между внутренней активностью (организм) и внешней активностью (мир вокруг нас). Эта концепция основана на психосоматической модели болезни. Исходя из такой позиции болезнь может быть рассмотрена не как «поломка в машине», а как ответ живой системы на различные влияющие на нее факторы.

Будучи субспециальностью медицины, которая не без труда преодолевает незнакомые пути и работает иногда с сопротивляющимися пациентами и даже с еще более сопротивляющимися профессионалами, ПКВ следует помнить о некоторых предостережениях, которые она пыталась дать коллегам из других медицинских областей: врачи не всесильны, пациенты не бессмертны, выздоровление — иногда, облегчение — часто, поддержка — всегда.

Кризис психосоматической медицины. Вопрос о трудностях психосоматической медицины — это, несомненно, вопрос о кризисе психоанализа как теоретической базы ведущих психосоматических концепций за рубежом. В качестве основного противоречия, усугубляющего эти кризисные явления, выступает, с одной стороны, стремление по возможности сохранить идеи фрейдизма в качестве теоретического базиса психосоматической медицины, а с другой— попытка усилить их за счет новейших достижений биологии, медицины, психологии и других наук.

Отмечая ряд изменений в теоретической платформе психоанализа, Мармор указывает, что к их числу должны быть отнесены: переход от «id»-ориентированной к «ego»-ориентированной психологии, начатый еще самим Фрейдом и продолженный Райхом, А. Фрейд, Хартманом; введение более сложной культурной ориентации Хорни, Фромма, Эриксона; создание внутриличностной модели Салливана и адаптационной модели Радо. Прогнозируя будущее психоанализа, Мармор полагает, что он будет все больше приближаться к открытой биосоциальной модели, включая аспекты теории поля Левина, теории коммуникации и информации Шеннона, кибернетическую модель Винера и теорию общих систем Берталанфи. Психоанализ, отмечает далее автор, не может оставаться абстрактным вне связи с основными положениями бихевиоральной теории и наук, исследующих вопросы функционирования мозга.

Подтверждаемые реальной клинической практикой представления о многофакторной обусловленности основных психосоматических заболеваний привели к значительному расширению числа переменных, привлекаемых для дальнейшей разработки понятия специфичности. Об этом свидетельствует, в частности, их перечень, приведенный Александером в книге «Психосоматическая медицина»: наследственная конституция, родовые травмы, органические заболевания в детском возрасте, повышающие уязвимость отдельных органов и систем, характер ухода за ребенком (условия сна и пр.), случайные физические и психические травмы в младенчестве и детстве, эмоциональный климат в семье и специфические личностные особенности родителей и сиблингов, физические травмы, эмоциональный опыт в интимных, личных и производственных отношениях. Лишь учет всех этих категорий, по Александеру, в их взаимодействии способен обеспечить адекватный сложности патологии этиологический подход. Наряду с этим, как и ранее, он подчеркивает роль в происхождении психосоматических нарушений тревоги, подавленных импульсов, фрустрации, чувства неполноценности и вины, хотя и отмечает их различную этиологическую значимость в каждом конкретном случае. В исследованиях Чикагской школы психосоматиков, возглавляемой ныне Поллоком, при изучении проблемы специфичности все большее значение приобретает сочетание психологических, эндокринных, физиологических и средовых факторов, участвующих в формировании поведения.

В последний период, особенно под влиянием работ Липовски, значительно возросло число исследований психосоматических соотношений в рамках экологического направления. Оживлению психосоматических исследований способствовало также учение об общем адаптационном синдроме Селье и об эмоциональном стрессе.

Среди других тенденций в психосоматической медицине можно указать на изучение психосоциальных реакций на физическое заболевание и его последствия, влияния специфических соматических процессов на психологическое функционирование, эффективности модификации поведения на соматические нарушения и др.

В завершение этого раздела уместно вспомнить слова из статьи Витковера, подводящие известный итог развитию психосоматической медицины: «Оглядываясь назад, кажется вызывающим сожаление то, что “психосоматическая медицина”, возникшая как реакция на преобладание лабораторной ориентации, по крайней мере в некоторых аспектах завершила полный круг».

Кризис психосоматической медицины наблюдается и в области применения психотерапии (главным образом психоанализа) к лечению соматических больных. «Успехи психотерапии в психосоматике, — пишет Стоквис, — производят не столь уже радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю».

Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Сифнеос). Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, Карасу конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления; личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов. Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой или неосуществимой задачей.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового интерниста встреча с психосоматикой — лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод; психосоматику не удается завоевать авторитет и потому, что ему кажется, что этот авторитет уже приобретен.

Проблема психосоматических соотношений в отечественной медицине. Хотя тезис «лечить не болезнь, а больного», идеи целостного подхода к больному человеку определяли практику выдающихся русских врачей уже в прошлом столетии,

а учение о нервизме, разработанное Сеченовым и Павловым, явилось его теоретическим фундаментом, медико-психологические исследования психосоматических соотношений на протяжении длительного периода, к сожалению, не занимали соответствующего их значению места в нашей медицине. Существенную роль сыграли отрицавшиеся по идеологическим соображениям теоретические основы психосоматической медицины, становление которой и развитие осуществлялись на базе психоанализа и генетически связанных с ним концепций. Пестрое сочетание различных взглядов в психосоматической литературе требует осторожности при оценке накопленного ее представителями материала, тщательного отбора данных, могущих представить интерес при исследованиях психологических аспектов проблемы психосоматических зависимостей.

«Психосоматической медицине» в отечественной науке была противопоставлена кортико-висцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов, явившаяся конкретным приложением учения Павлова о высшей нервной деятельности к клинике внутренних болезней. Ее создатели Быков и Курцин к кортико-висцеральной патологии относили заболевания внутренних органов, возникающие при «наличии невротического состояния коры головного мозга, со всеми характерными для него чертами и особенностями». В этом, писали они, и состоит разграничительная линия между заболеваниями, относящимися к кортико-висцеральной патологии, и болезнями другой этиологии (инфекция, травма и пр.), которые также могут сопровождаться нарушениями функций коры головного мозга.

По мнению Захаржевского, подобное абсолютизирование кортикального контроля висцеральных функций закономерно отразилось на отношении авторов кортико-висцеральной концепции к проблеме психосоматических соотношений. Генез самых разнообразных заболеваний внутренних органов и систем стал напрямую увязываться с первичным нарушением деятельности коры больших полушарий. Подобная трактовка природы психосоматических соотношений не могла не привести к мысли о фактической беззащитности висцеральных систем от психогенных воздействий. В то же время во многих работах было показано, что пристеночное пищеварение, базальный тонус сосудов и ауторегуляция сосудистого тонуса, регуляция насосной функции сердца контролируются отнюдь не нервными механизмами (Уголев, Конради и др.). Высокая степень их саморегуляции обеспечивается интраорганными нервными структурами (метасимпатической нервной системой).

Не получил подтверждение тезис кортико-висцеральной патологии о неврозе как основной и наиболее распространенной форме возникновения психосоматических заболеваний ни на экспериментальном материале (Захаржевский и др.), ни на клиническом (Карвасарский, Абабков). Клинические формы неврозов сохраняют свою нозологическую самостоятельность на протяжении десятилетий.

Основатели кортико-висцеральной теории стремились рассмотреть также вопрос о специфичности заболеваний внутренних органов, полагая, что главным здесь является условная интероцептивная связь, образованная с внутренним органом в результате неоднократной его «травматизации». Ставшая важным этапом формирования физиологических основ психосоматических зависимостей,

кортико-висцеральная теория в то же время не была лишена недостатков. В ней не в полной мере учитывалось, что между корой головного мозга и регулируемым ею внутренним органом существует ряд промежуточных звеньев (в частности, гипоталамическое и эндокринное), без учета которых нельзя объяснить механизм психосоматических нарушений. Она исключила из круга своего рассмотрения собственно психологический аспект изучения психосоматических соотношений, роль личности как высшей формы регуляции человеческой деятельности в формировании этой патологии, любые попытки содержательного понимания психогенных факторов в их этиологической роли при психосоматических расстройствах. Требования же распространить понятия высшей нервной деятельности на личностное функционирование, систему значимых отношений личности и их нарушения, естественно, не могли быть реализованы ни теоретически, ни методически.

Кортико-висцеральная теория в работах ряда ее продолжателей обогащалась новыми сведениями, касающимися представлений о ретикулярной формации как морфологическом субстрате мощных влияний на кору головного мозга со стороны подкорково-стволовых его отделов, данными современной нейрохимии и нейроэндокринологии, позволившими лучше понять механизмы взаимодействия нарушений высшей нервной деятельности и вегетативно-эндокринно-обменных нарушений и др. По существу, в этих исследованиях отразилось более широкое понимание кортико-висцеральной патологии со стремлением учитывать в генезе весь комплекс биологических, психологических и социальных факторов.

Медико-психологические аспекты психосоматических соотношений в исследованиях отечественных авторов последнего периода. Клинико-психологические характеристики соматических расстройств при неврозах (F40–F48) в рамках более широкого клинико-функционального изучения подробно освещены в исследованиях, выполненных Карвасарским, Губачевым и Стабровским. В этих исследованиях было показано, что соматические нарушения при неврозах имеют различное происхождение. Часто (особенно в кардиоваскулярных реакциях) они представляют собой психофизиологическое сопровождение имеющихся у больных эмоциональных нарушений с обнаружением содержательной связи расстройств функции той или иной соматической системы с психогенией. У других больных — это пароксизмальные нарушения деятельности висцеральных систем, являющиеся выражением дезинтеграции вегетативной регуляции, характерной для невроза (Вейн, Родштат). Доминирующие в клинической картине невроза нарушения деятельности отдельных анатомо-физиологических систем могут быть проявлением до того латентно протекающих соматических заболеваний или выражением декомпенсации той или иной функции. Развитие подобной декомпенсации происходит либо в условиях избыточного функционирования системы, либо в связи с нарушением ритма адаптивных процессов в условиях психогенной (невротической) дезинтеграции. Наконец, отдельно могут рассматриваться случаи невротической переработки явных соматических расстройств.

Медико-психологические исследования психосоматических соотношений при «больших» психосоматических заболеваниях представлены во многих работах. В значительной части из них идет продолжение поиска (хотя и на новом клини-

ческом и психолого-методическом уровне) личностных профилей, характерных для отдельных заболеваний. Ценность этих работ различна. Личностный профиль устанавливается либо клинико-анамнестическим методом — ретроспективно, либо с помощью различных психологических методик, например личностных тестов. Что касается первого пути, то позволим себе сослаться на Александера: «Клиника способна обеспечить удачные отправные точки, которые, однако, должны проверяться другими методами. Нетрудно отобрать из обилия психологических событий определенные конфигурации и обнаружить у каждого больного именно ту картину, которую хочется у него увидеть». При исследовании же больных с помощью личностных тестов возникает вопрос, определяются ли особенности преморбидной личности, система ее отношений, установки влиянием самого заболевания.

Эти сдвиги, обусловленные «внутренней картиной болезни», в яркой форме выявились в результатах наших (Карвасарский) исследований, выполненных еще в середине 1960-х гг. Тогда была изучена большая группа больных, страдавших злокачественными опухолями, причем пациенты знали свой диагноз либо догадывались о нем. Оказалось, что по ряду тестовых исследований, основанных на самооценке, больные в преморбиде (в ответах на вопросы больной характеризовал себя до начала заболевания) отличались высокими показателями эмоциональной стабильности, фрустрационной толерантности, были лишены невротических черт и проявлений. Этот профиль личности исследованных больных мог быть правильно понят лишь при дополнительном их изучении. Выяснилось, что осознание себя больным, обреченным на медленное умирание (а именно так до сих пор считают большинство больных раком), приводило к выраженной коррекции масштаба переживаний событий и своего поведения в прошлом. Период «до опухоли», с точки зрения «неизлечимого» больного, был лишен каких бы то ни было жизненных проблем и заслуживающих внимания трудностей, тем более таких, которые не могли бы быть разрешены в объективном или субъективном плане. Это и определило результаты исследований данной группы больных с помощью личностных опросников.

Вопрос усложняется потому, что каждый ученый занимается изучением только одной группы заболеваний. Нередко при дальнейшем выяснении якобы специфических типов личности и конфликтных ситуаций оказывается, что они во многом сходны с показателями, полученными при других заболеваниях.

Учитывая возможность искажения профиля личности, определяемого ретроспективно, уже в процессе болезни, следует вместе с тем позитивно оценивать эти данные для лучшего понимания клинических проявлений болезни, особенностей ее течения, характера нервно-психических расстройств, сопутствующих соматическому страданию, установления прогноза, построения лечебно-реабилитационных программ.

Нельзя считать безупречными и данные, получаемые в проспективных исследованиях. Помимо трудностей выполнения исследований чисто технического порядка в течение многих лет наблюдения личность испытуемого не остается неизменной — меняются система ее отношений, установки, потребности, мотивы, что следует иметь в виду при анализе результатов наблюдения.

Кроме того, при проспективном исследовании, например, роли такого фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как поведенческий «тип А», нельзя исключить, что за годы исследования появились другие факторы риска — курение, увеличение массы тела и т. д.

Среди многочисленных исследований психосоматических соотношений следует выделить некоторые из них.

Для понимания механизмов перерастания функциональных расстройств в органические изменения со стороны внутренних органов имеют значение работы Губачева, Карвасарского, Абабкова и др. Многолетний катамнез (до 25 лет) больных с системными неврозами (F45.3) — сердечно-сосудистым, дыхательным и желудочно-кишечным, которые находились на обследовании и лечении в клинике неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева, показал, что, как правило, не наблюдается трансформации невротических расстройств внутренних органов в соответствующие «большие» психосоматические заболевания — ишемическую болезнь сердца (I20–I25), гипертоническую болезнь (I10), бронхиальную астму (F54) и язвенную болезнь желудка (K25). Эти данные ставят вопрос о необходимости четкого разграничения понятий функционального непсихогенного и функционального психогенного (невротического). Более того, наличие невротических соматических расстройств может рассматриваться как прогностически благоприятный признак по отношению к «большим» психосоматическим болезням. В настоящее время нет убедительного ответа на вопрос, почему это происходит. Выступает ли невроз (F40–F48) как «страхование жизни» вследствие частых обращений пациентов с невротическими расстройствами к врачу уже на ранней стадии болезни и проведения своевременного (в какой-то мере и профилактического) лечения или предупреждающее значение приобретают при неврозах специфические психологические компенсаторные механизмы, приводящие к уменьшению патогенного эмоционально-аффективного напряжения?

Сложность и многофакторность патогенеза психосоматических расстройств подчеркивает Исаев, выделяя основные его факторы:

1) *неспецифическую наследственность* и *врожденную отягощенность* соматическими нарушениями и дефектами (отклонения из-за хромосомных аберраций повышают риск развития психосоматических расстройств, что связывается с поражением лимбической структуры);

2) *наследственную предрасположенность* к психосоматическим расстройствам, обнаруживаемую у больных артериальной гипертензией — в 22,7–62,5%; бронхиальной астмой — 65,5–85,0; нейродермитом — 66,0; экземой — 61,0% случаев;

3) *нейродинамические сдвиги* (нарушения деятельности ЦНС способствуют накоплению аффективного возбуждения, напряжению вегетативной активности, ускорению кровотока и др.);

4) *личностные особенности* (замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, склонность к легкому возникновению фрустраций, разочарования, преобладание отрицательных эмоций, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов);

5) *психическое и физическое состояние* во время психотравмирующих событий (возникновение в момент переживания жизненных трудностей, чувства безыс-

ходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствие активности и предприимчивости);

6) *фон* в виде неблагоприятных семейных и других социальных факторов (если число событий, приводящих к серьезным изменениям, возрастет более чем в два раза по сравнению со средним числом, то вероятность заболевания составит 80%; нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте увеличивают риск развития психосоматических расстройств);

7) *особенности психотравмирующих ситуаций* (восприимчивость к стрессорам у разных людей различна и зависит от их психологической значимости для данного человека, а также от источника и масштаба воздействия, например страх войны, экологических бедствий, боязнь нападения или переживание семейных конфликтов).

Четыре группы состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений, выделяет Смулевич:

1) *соматизированные психические реакции*, формирующиеся без участия соматической патологии в рамках образований невротического либо конституционного регистра (неврозы, невропатии);
2) *психогенные реакции* (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний;
3) *реакции экзогенного типа* (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности (реализуемого на патогенетической основе) и относящиеся к категории симптоматических психозов;
4) *реакция по типу симптоматической лабильности* — психогенно спровоцированная, связанная с сочетанием социальных и ситуационных факторов, манифестация либо экзацербация проявлений соматического заболевания. Реакции рассматриваемой группы формируются при участии конституционального предрасположения (алекситимического, «коронарного» и других типов) в результате взаимодействия психической (тревожное, депрессивное, дисфорическое, конверсионное, астеническое и другие расстройства) и соматической патологии, сопровождающейся образованием общих симптомокомплексов.

В свете современных представлений о развитии психосоматических расстройств заслуживает внимания онтогенетическая концепция психосоматического процесса, разработанная Симаненковым. Автор формулирует девять положений и представляет механизмы развития и течения психосоматических заболеваний.

1. Психосоматические заболевания развиваются на базе генетических (иммуногенетических) предпосылок, реализующихся в конституциональных морфофункциональных характеристиках человека и особенностях его иммунной и нейроэндокринной реактивности, центральной вегетативной регуляции.

2. В условиях психологических конфликтов и эмоциогенных дистрессорных воздействий формируются состояния социально-психологической дезадаптации, а в дальнейшем — и личностные расстройства.

3. Именно «наложение» средовых стрессорных факторов, воздействующих на человека в ходе его индивидуального развития и социально-психологической дез-

адаптации, на конституционально-генетические характеристики позволяет говорить об онтогенезе психосоматических страданий.

4. В процессе психосоматического онтогенеза происходит формирование вертикально организованных функциональных систем с множественными пересекающимися прямыми психо-нейро-эндокринно-иммунными и обратными сомато-психическими связями и образованием «психосоматического контура».

5. «Орган-мишень» в таком контуре играет активную роль и может модулировать состояние центральных звеньев функциональной системы.

6. В фазе обострения заболевания жесткость психосоматической функциональной системы может уменьшаться за счет большей автономности «органа-мишени».

7. Именно в ремиссии наиболее полно проявляется структура психосоматической функциональной системы. Достижение ремиссии происходит как за счет многоуровневой адаптационной перестройки, так и путем компенсаторной активации новых звеньев системы.

8. При заболеваниях с прогредиентным течением по мере нарастания органического дефекта в связи со снижением адаптивных возможностей отдельных звеньев функциональной системы происходит сужение «адаптационного коридора» и развивается сенсибилизация системы, которая делает достижение стойкой ремиссии маловероятным.

9. Из основных положений концепции онтогенетического психосоматического процесса следует, что средства адаптационной и психотропной терапии могут позитивно влиять как на психологический статус больных, так и на состояние «органов мишеней», а также течение психосоматических заболеваний.

Мы указали лишь некоторые из направлений в области психосоматических соотношений, реализующихся в исследованиях последнего периода. Можно с уверенностью констатировать перспективность психосоматического подхода для лучшего понимания этиологии, патогенеза, клиники и разработки наиболее адекватных лечебно-восстановительных программ при заболеваниях, в механизмах развития которых существенную роль играет психический фактор. Реализация этих программ в настоящее время невозможна без рассмотрения психологических звеньев изучаемой патологии.

Очевидно, что одной из причин возникновения различных соматических заболеваний могут быть психические факторы. Важной группой таких факторов являются негативные эмоции. При некоторых заболеваниях они играют основную роль. Известно, какие механизмы ответственны за то, что эмоции вызывают соматические расстройства. Эмоции оказывают влияние: 1) на иммунную систему; 2) на гормональное состояние; 3) на периферическую физиологическую активацию (например, частоту сердцебиений и артериальное давление). Большую роль играют прежде всего следующие эмоции.

А. Важными для возникновения язвы желудка (K25) или двенадцатиперстной кишки (K26) помимо инфекций, очевидно, являются эмоции, возникающие в недостаточно контролируемых ситуациях: тревога и чувство беспомощности и перегрузки.

Б. Гнев, ориентированный на преодоление возникшей проблемы, напротив, кажется основной причиной возникновения эссенциальной гипертонии (I10) (повышенного кровяного давления) и в связи с этим стенокардии (I20) и инфаркта миокарда (I21). Гнев и враждебность относятся к тем компонентам личности «типа А», в которых заключено различие между лицами, имеющими и не имеющими сердечно-сосудистые заболевания.

В. Для других расстройств (таких, как астма (F54), кожные заболевания и т. п.), напротив, менее ясно, какие эмоции являются причинами их возникновения (Перре, Бауманн).

С позиций психологии отношений переживание является следствием нарушения отношений человека; болезненный же патогенный характер оно приобретает при расстройствах отношений личности, занимающих центральное место в общей системе отношений человека к действительности. Их значимость — основное условие эмоционально-аффективного напряжения, нейровегетативно-эндокринный коррелят которого является центральным звеном в механизмах развития психосоматических расстройств.

Перспективной остается гипотеза о поисковой активности, представленная в исследованиях Ротенберга и Аршавского, показавших, что не сам по себе характер эмоций, а степень выраженности поисковой активности (в отличие от пассивно-оборонительного поведения) определяет реакцию на стресс и степень устойчивости организма к болезнетворным воздействиям.

Представляет интерес исследование мужчин с высоким риском сердечных заболеваний. Большинство мужчин с поведением «типа А», т. е. те, кто при нехватке времени хватается сразу за несколько дел, испытывают груз конкуренции, действуют быстро, ведут себя чаще агрессивно по отношению к окружающим, т. е. сильные, экспрессивные, харизматические лица, не заболели сердечными заболеваниями. Заболели же лица тоже с «типом А», но другие — заторможенные, медлительные, напряженные.

Таким образом, настоящее время характеризуется тенденцией использовать при разработке современных интегративных концепций психосоматики все самое ценное из психосоматических учений о болезни прошлого. О психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании говорят тогда, когда выявляется четкая связь трех факторов: предрасположенность — личность — ситуация. Она может служить лишь толчком к возникновению психосоматических расстройств, которые в дальнейшем развиваются по собственным законам. Констатация наличия психосоматических расстройств не ведет к отрицанию основного нозологического диагноза. Психосоматический подход раскрывает возможности повышения эффективности лечения заболеваний благодаря включению в комплексную терапию психосоциальных воздействий, прежде всего методов психотерапии.

Изменения психической деятельности при хронических соматических заболеваниях. Современные представления о сущности концепции болезни предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями.

Влияние соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным. Под последним подразумеваются нарушения психической деятельности в условиях соматической болезни.

Существуют два вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный (вследствие интоксикации, гипоксии и других воздействий на центральную нервную систему) и психогенный, связанный с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия. Соматогенный и психогенный компоненты представлены во влиянии на психическую сферу в различных соотношениях в зависимости от нозологии болезни. Так, например, особенно большую роль играют соматогенные влияния в генезе психических нарушений при заболеваниях почек, при врожденных пороках сердца.

У больных с хронической почечной недостаточностью (N18) отмечают явления интоксикации. На фоне интоксикации развивается астения. Вследствие нарастающей астении возникают изменения прежде всего в структуре таких познавательных процессов, как память и внимание — предпосылок интеллекта. Происходит сужение объема внимания, нарушение процессов запечатления и хранения информации. По мере нарастания астении к нарушениям процессов внимания и памяти присоединяются и другие изменения интеллектуальной сферы: снижается уровень аналитико-синтетической деятельности мышления с преобладанием наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим. Мыслительная деятельность начинает носить черты конкретности и ситуативности. Постепенно формируется интеллектуальная недостаточность, снижается продуктивность мышления. Изменения в познавательной сфере больных с хронической почечной недостаточностью неразрывно связаны с изменениями эмоциональности. В структуре астении наблюдается раздражительность со снижением контроля над эмоциональными реакциями. Депрессия является психологической реакцией на осознавание и переживание больным формирующейся интеллектуальной несостоятельности (особенно на поздних этапах заболевания). Могут развиваться тревожные и ипохондрические черты.

Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, необходимость в смене профессии из-за заболевания или переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (вследствие длительного стационарного лечения) — все это в значительной степени влияет на личность больного, у которого появляются черты эгоцентризма, повышенная требовательность, обидчивость.

Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. В связи с этим наблюдаются снижение волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушения целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика.

Николаева отмечает еще один важный механизм соотношений между психическим и соматическим уровнями функционирования человека — механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, возникающее перво-

начально в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизующие личность, а они, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений. Так, по «замкнутому кругу», развертывается целостная картина заболевания.

Наиболее ярким примером механизма «замкнутого круга» является реакция на боль, часто встречающаяся в клинике внутренних болезней. Под воздействием боли и хронического физического дискомфорта у пациентов с тяжелыми соматическими расстройствами развиваются разнообразные эмоциональные нарушения. Длительные аффективные состояния меняют параметры физиологических процессов, переводя организм в иной режим функционирования, связанный с напряжением адаптивных систем. Хроническое напряжение адаптивных и компенсаторных механизмов в конце концов может приводить к формированию вторичных соматических нарушений.

Коркина предлагает понятие «психосоматического цикла», когда периодическая актуализация психологических проблем и связанных с ними длительных или интенсивных эмоциональных переживаний приводит к соматической декомпенсации, обострению хронического соматического заболевания или формированию новых соматических симптомов.

В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, т. е. хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше.

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного» человека, в инвалида.

В противодействии хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче декларировать, чем выполнять, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна. Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке, больной

должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие и спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной:

- получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи);
- приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости;
- ставит перед собой новые цели, связанные с наличием заболевания, и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов врач и психолог должны внимательно замечать и поддерживать даже малейшие попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для попытки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время. Нужно уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтических бригад, специализирующихся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении (бригады для лечения опухолевых больных, больных, перенесших трансплантацию органов, и др.).

Психосоматические аспекты боли. Учение о боли является одной из центральных проблем биологии, медицины и психологии. Анохин определял боль как *своеобразное психическое состояние человека, обусловленное совокупностью физиологических процессов центральной нервной системы, вызванных к жизни каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражением.* В работах отечественных ученых Аствацатурова и Орбели особенно четко сформулированы представления об общебиологическом значении боли. В отличие от других видов чувствительности болевое ощущение возникает под влиянием таких внешних раздражений, которые ведут к разрушению организма или угрожают этим разрушением. Боль предупреждает о грозящей человеку опасности, она является сигналом, симптомом болезненных процессов, разыгрывающихся в различных частях организма. Для медицинской практики в связи с «сигнальным» значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от величины вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции личности на боль. «Являясь пограничной проблемой общей нейрофизиологии и науки, изучающей первичные формы ощущений, т. е. состояния субъективного характе-

ра, — писал Анохин, — боль может иметь огромный познавательный смысл, представляя опорную веху на большой и трудной дороге материалистического анализа психических состояний». «Мы не равны перед болью» (Лериш). Этот двойственный характер боли объясняет, почему не только в широкой врачебной практике, но и в работах ряда выдающихся представителей медицины встречается недооценка в известной мере значения для диагностики степени субъективного переживания боли. Так, Пирогов писал, что «на перевязочных пунктах, где скопляется столько страждущих разного рода, врач должен уметь различать истинное страдание от кажущегося. Он должен знать, что те раненые, которые сильнее других кричат и вопят, не всегда самые трудные и не всегда им первым должно оказывать неотлагательное пособие».

Изучению условий, определяющих интенсивность болевого ощущения, посвящены многочисленные исследования. Они с убедительностью показали, что переживание боли индивидом зависит как от величины раздражения (прежде всего от его силы, длительности и качества), так и от индивидуальной реактивности организма, функционального состояния его нервной системы, зависящих, в свою очередь, от ряда факторов, в том числе и психологических в значительной степени. Подчеркивая не абсолютное значение каждого из указанных компонентов, определяющих субъективное переживание боли, Даниелополу справедливо указывает, что боль может вызываться не только «ненормально интенсивным раздражением нормального чувствительного пути, но и нормальным раздражением гиперреактивного чувствительного пути».

Рассмотрим кратко основные факторы, влияющие на интенсивность болевого ощущения. Переживание боли в обычных условиях несомненно зависит от силы и длительности болевого раздражителя. Эта зависимость особенно очевидна в случаях достаточно интенсивного и продолжительного потока болевой импульсации. При этом в нервных центрах (в подкорковых образованиях и в коре) возникает состояние, которое Павлов охарактеризовал как инертный процесс возбуждения, а Ухтомский назвал доминантой. Болевой синдром, ставший доминантным, обрастает многообразными условными связями, образующимися не только на основе первосигнальных и второсигнальных раздражителей, но и в связи с представлениями и более сложными психическими переживаниями. Классическим примером болевой доминанты является болевой синдром при выраженных каузалгиях.

На интенсивность болевого ощущения влияет также тип нервной системы, нарушения деятельности желез внутренней секреции, в частности половых желез, и др.

В ряду психологических факторов, имеющих большое значение в переживании боли, следует прежде всего указать на следующие: отвлечение внимания и сосредоточение на боли, ожидание боли, различные эмоциональные состояния — горе, радость, гнев; особенности личности — стойкость и выносливость к боли, изнеженность и невыносливость; общественно-моральные установки, содержание и направленность жизненных отношений человека, определяющих его отношение к боли.

Важную роль в переживании болевого ощущения играют ожидание боли и отношение к ней, от чего в значительной степени зависят «пределы выносливости»

к боли и возможности ее преодоления. Ожидание, «боязнь боли», по Аствацатурову, является примитивной формой эмоции страха вообще. «Боль и эмоция представляются чрезвычайно тесно связанными общностью их биогенетических корней и тождеством их биологической сущности». Обосновывая это положение, он пишет, что функциональное назначение болевого чувства состоит не в дискриминативной функции различения качества внешнего воздействия, а в аффективном переживании чувства неприятного, являющегося стимулом к удалению от соответствующего объекта. Отождествление болевой чувствительности с эмоцией вызвало возражение ряда исследователей. Так, Ананьев указывает, что альтернативная постановка вопроса: боль — эмоция, или боль — ощущение, носит метафизический характер; она разрывает сенсорно-аффективное единство боли. Боль — цельная реакция личности, выражающаяся как в субъективных переживаниях, так и в объективной деятельности.

В исследованиях Беркенблит было установлено, что даже при весьма эмоциональном переживании боли в нем достаточно четко выражены гностические компоненты, характерные для всякого другого рода ощущений. Несмотря на напряженное ожидание боли, окрашенное эмоцией страха, испытуемые совершенно правильно определяли силу раздражения и, несмотря на сознательную со стороны экспериментатора дезориентацию испытуемого, сохранялась полная адекватность ощущения. Она показала, что под влиянием представлений о данном типе боли и возникавшего на его основе напряженного ожидания боли, сильно эмоционально (отрицательно) окрашенного, значительно повышалась чувствительность, чему соответствовало уменьшение величины порогов болевой чувствительности. Но наряду с этим повышалась и выносливость к боли, что выражалось в увеличении верхних порогов болевой чувствительности. Это происходило благодаря включению в переживание боли волевых механизмов: стремления испытуемых к осуществлению намерений, формирующихся у них в процессе эксперимента (проверка собственной выносливости, сравнение себя с другими испытуемыми и т. д.). Эти данные показывают роль представлений о боли и образуемого на их основе снижения боли в индивидуальном варьировании болевой чувствительности. Чувствительность к боли у испытуемых была тем выше, чем сильнее было ожидание боли и связанное с ним эмоциональное и аффективное напряжение.

На значение в переживании боли жизненной установки человека, определяемой его отношениями, указывали Мясищев, Ананьев, Карвасарский, Бичер и др. Более ста лет тому назад знаменитый французский хирург Дюпюитрен писал: «Каково же моральное отличие тех, кого мы лечим в гражданских госпиталях, от лиц, получающих огнестрельные ранения? Военный человек привык к тому, что он должен забыть о себе и семье и что его ожидает перспектива быть искалеченным. Он считает себя счастливым, если спасает себе жизнь, теряя конечность, и поскольку он уверен в безопасности, то он мужественно, даже радостно, встречает скальпель хирурга. Но посмотрите на несчастного рабочего, фермера, ремесленника, который является единственным кормильцем большой семьи. Он подавлен страхом, его ожидает нищета, он в глубоком отчаянии, он потерял надежду. Он с сожалением соглашается на настояние хирурга. Не надо удивляться различию полученных результатов».

Бичер исследовал взаимоотношения между выраженностью ранения и интенсивностью болевого ощущения у гражданских лиц и солдат, поступивших для хирургического лечения в госпиталь. Отсутствовала зависимость между величиной раны и ощущением боли. Определяющим в переживании боли являлось отношение к ней больного. Для солдат, прибывших в госпиталь из района боевых действий, где они в течение нескольких дней подвергались почти непрерывной бомбардировке, поступление в госпиталь и операция означали относительную безопасность, освобождение от отчаянного страха смерти и последующий перевод в тыл. Только 32% из них испытывали сильную боль и просили морфий. У гражданских лиц меньшее оперативное вмешательство сопровождалось значительно более выраженным болевым ощущением. Применение морфия из-за сильной боли потребовалось у 88% этих больных. Бичер приходит к выводу, что в переживании боли размер раны имеет меньшее значение, чем эмоциональный компонент страдания, определяемый отношениями больного.

На основании психологических исследований боли Давыдова делает вывод об определяющем значении в переживании боли отношения к ней человека. «Боль, — пишет она, — сама по себе не имеет самодовлеющей силы, поскольку эмоции, сопровождающие болевые ощущения, опосредуются определенным жизненным содержанием». В приведенном автором наблюдении показано различное переживание боли двумя ранеными. В первом случае операция была направлена на восстановление деятельности руки (удаление пули). Больной заявил: «Я ждал этой операции с нетерпением, это был выход снова в жизнь». Иной была установка второго раненого, ждущего оперативного удаления руки ввиду наступившей гангрены: «Мне казалось, что я не переживу этого дня, все померкло в моей жизни». Эти две установки резко отличались друг от друга, а отсюда иным было отношение к боли, иным эмоциональное переживание ее. В первом случае: «Я не помню, была ли сильная боль, кажется, нет». Во втором случае: «Все было мучительно и больно, с начала до конца, и до, и после».

Как при функциональных болях, так и при болях, в основе которых лежат органические изменения, отношения личности играют важную роль (не в возникновении, а в степени переживания боли). Боль нередко достигает наибольшей выраженности у больных с личной неустроенностью, отсутствием цели и другими неразрешенными конфликтами. Сосредоточивая на себе внимание больных, болевые ощущения в подобных случаях используются как средство выхода из травмирующей ситуации, помогают больным уйти от разрешения реальных жизненных трудностей.

Ананьев также указывает на значение в овладении болью, в изменении «пределов выносливости» к боли сознательной установки человека. Именно в этом изменении «пределов выносливости», а не в абсолютной болевой чувствительности, по его мнению, проявляется личность человека в ее отношении к боли.

В тесной связи с рассмотренным выше находится один из наименее изученных разделов учения о боли — проблема *психалгий*, или *психических болей*. В зарубежной психосоматической литературе распространены чисто психологические трактовки психалгий, в которых отрицание нейрофизиологических механизмов боли чаще всего сочетается с анализом их психогенеза с психоаналитических позиций.

Наиболее систематизированное изложение психосоматической концепции боли содержится в работе Энгеля. Он обосновывает положение о том, что возможно существование боли «как чисто психического феномена», боли без болевой импульсации с периферии. Доказательства автора сводятся к следующим основным положениям.

1. Боль имеет сигнальное защитное значение, она предупреждает об угрозе повреждения или утраты части тела. В плане развития боль возникает всегда при наличии болевой импульсации с периферии. Психический механизм боли развивается в процессе филогенеза и онтогенеза на основе рефлекторного механизма. Но, как только психический механизм боли возник, для ощущения боли уже не требуется периферического раздражения. И это определяется тем огромным значением, которое имеет боль в истории жизни индивидуума.
2. Боль—плач—утешение любимым человеком—устранение боли — вся эта цепь играет важную роль в становлении нежных любовных отношений и позволяет объяснить «сладкое удовольствие» от боли. Боль позволяет сблизиться с любимым человеком. Некоторые индивидуумы поступают таким образом, как будто боль стоит такой цены.
3. Боль — наказание. Боль наносится, если «я плохой». В этом случае она сигнал вины, а отсюда и важный посредник для искупления вины. Некоторые дети, так же как и взрослые, рады боли, если это приводит к прощению их и к соединению с любимым человеком. Если боль — посредник для облегчения вины, то в какой-то степени здесь выступает и удовольствие от боли.
4. Боль рано сочетается с агрессивными стремлениями и стремлением к власти. В этом смысле боль — хорошее средство для контроля за своими агрессивными тенденциями.
5. Существует определенная связь между болью и истинной или воображаемой потерей любимых лиц, в особенности если есть вина в агрессивных чувствах по отношению к этим лицам. Боль является в этих случаях средством психического искупления. Человек уменьшает чувство потери, испытывая боль в своем собственном теле. Он может заменить болью потерянное лицо.
6. Боль может сочетаться с половым чувством. На высоте полового возбуждения боль не только может быть нанесена, но и являться источником наслаждения. Когда это становится доминирующим, то говорят о мазохизме.

Некоторые люди в большей степени, чем другие, склонны использовать боль как психический феномен независимо от того, имеет она или не имеет периферический компонент. Эти люди отличаются рядом особенностей, которые с учетом того, что уже говорилось выше, можно свести к следующему:

а) преобладание вины, при которой боль удовлетворительный способ успокоения;

б) мазохистические тенденции, склонность переносить боль, о чем свидетельствует большое число операций, повреждений — склонность к «выпрашиванию боли»;

в) сильные агрессивные тенденции, которые встречают отпор, и поэтому возникает боль;
г) развитие боли, когда какая-нибудь связь потеряна или под угрозой, когда боль — «замещение»;
д) локализация боли определяется бессознательной идентификацией с объектом любви; одно из двух: боль была у пациента, когда он находился в конфликте с объектом любви, или же это боль, которой страдал фактический или воображаемый объект любви.

Автор отрицает двухкомпонентную концепцию боли, которая признает болевое ощущение (сенсорный компонент) и реакцию на него (эмоциональный компонент), так как «эта концепция приводит к неправильному выводу, что боль невозможна без болевой импульсации с рецепторов».

С клинической точки зрения проблема психалгий включает в себя следующие основные вопросы:

1) имеются ли патологические процессы, раздражающие нервные окончания и вызывающие боль;
2) если есть, то отвечают ли они частично, полностью или совсем не отвечают за боль;
3) каковы те психологические механизмы, которые определяют окончательный характер испытываемой боли и способ, которым больной сообщит об этом врачу.

Периферический фактор может иметь значение, но может и не иметь. Если он имеет значение, то не всегда обусловливает испытываемую боль, — таков основной вывод Энгеля.

С точки зрения приведенной концепции боль играет исключительно важную роль в психологической жизни индивидуума. В ходе развития человека боль и облегчение от боли влияют на становление интерперсональных отношений и на формулирование концепции добра и зла, награды и наказания, успеха и неудачи. Являясь средством устранения вины, боль тем самым играет активную роль, влияя на взаимодействия между людьми.

Однако, отрицая чисто психологические трактовки психалгий, следует вместе с тем отметить, что эта проблема, в особенности в ее клиническом и терапевтическом аспектах, едва ли может быть разрешена сегодня в чисто физиологической плоскости.

С позиций нейрофизиологии и клинической психологии правильнее рассматривать психалгию как частный случай боли вообще. И при психалгиях сохраняет свое значение положение о том, что не существует боли, лишенной материальной основы, вне «болевой системы». Вместе с тем клинический опыт показывает, что нередко переживание боли определяется не только, а часто и не столько сенсорным, сколько эмоциональным компонентом, реакцией личности на боль. В связи с этим особое значение приобретает правильная клиническая оценка соотношения двух основных компонентов переживания боли: сенсорного и эмоционального, установление своеобразного коэффициента «психогенности боли».

На рис. 21 представлено возможное схематическое изображение соотношения физиологических и психологических факторов, определяющих переживание боли индивидуумом, и место в этой системе психалгий.

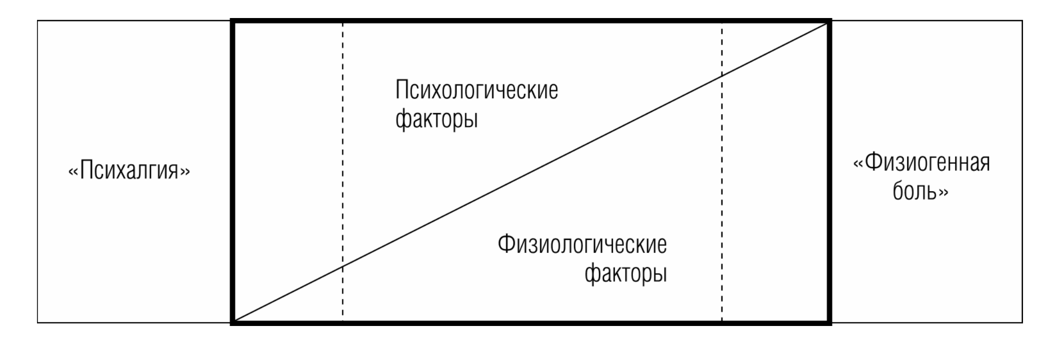


Рис. 21. Соотношение физиологических и психологических факторов при физиогенных болях и психалгиях

На следующем рис. 22 показаны психосоматические соотношения при возникновении и устранении головной боли из ставших классическими работ Вольфа.

В описаниях боли типа «психалгии» есть ряд особенностей, которые необходимо учитывать ввиду их диагностического значения. Больные испытывают затруднение при описании характера боли, часто не могут ее четко локализовать, отсутствуют внешние признаки переживания боли. Отсутствуют также значительная динамика и прогредиентность в течении боли, хотя не исключена ситуативная обусловленность симптома. Интенсивность боли не изменяется при приеме различных анальгетиков, даже наиболее сильных из них.

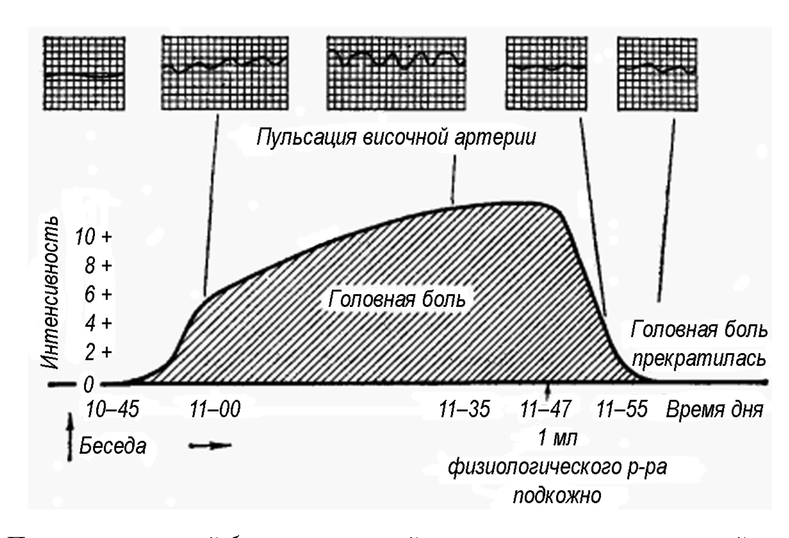


Рис. 22. Приступ головной боли, вызванный волнением и прекращенный с помощью плацебо (по Вольфу)

В феномене психалгии отражается единство физиологического и психологического, объективного и субъективного, ощущения и эмоции. Основным в характеристике психалгий является не отсутствие сенсорного компонента (объективизация его в каждом случае зависит лишь от наших технических возможностей), а решающее значение в их переживании психического компонента боли, реакции индивида на боль. Содержательный анализ этой реакции требует изучения конкретной жизненной истории человека, особенностей его личности, сформировавшихся отношений к окружающей действительности и специально его отношения к боли.

В заключение отметим, что анализ психосоматической проблемы позволяет осуществлять более адекватные, с учетом их сложности и реальных технических возможностей, планирование и проведение конкретных исследований. Перспективным остается изучение биологических, психологических и социальных аспектов проблемы с реализацией системного подхода к ее решению.

Контрольные вопросы

1. В классической психосоматике выделяют три группы расстройств, кроме:
   ❶ конверсионных расстройств;
   ❷ «органных неврозов»;
   ❸ психосоматических заболеваний в узком смысле слова;
   ❹ вегетозов.

2. Представителем антропологического направления в психосоматике является:
   ❶ Поллок;
   ❷ Стоквис;
   ❸ Витковер;
   ❹ Вайзеккер.

3. Термин «психосоматика» в медицину ввел:
   ❶ Гиппократ;
   ❷ Райх;
   ❸ Хайнрот;
   ❹ Гроддек.

4. Создателем кортико-висцеральной патологии как одного из направлений психосоматики является:
   ❶ Павлов;
   ❷ Анохин;
   ❸ Быков;
   ❹ Симонов.

5. Современная биопсихосоциальная модель болезни разработана:
   ❶ Карасу;
   ❷ Экскюлем;
   ❸ Энгелем;
   ❹ Любаном-Плоцца.

6. Автором концепции «профиля личности» в психосоматической медицине является:

❶ Александер;

❷ Витковер;

❸ Данбар;

❹ Поллак.

7. Поведенческий тип А «является фактором риска»:

❶ желудочно-кишечных заболеваний;

❷ злокачественных новообразований;

❸ нарушений дыхательной системы;

❹ сердечно-сосудистых заболеваний.

8. Конверсионные расстройства, положившие начало психоаналитическому направлению в психосоматике, были описаны:

❶ Александером;

❷ Джеллиффе;

❸ Фрейдом;

❹ Адлером.

9. Термин «алекситимия» ввел:

❶ Эллис;

❷ Карасу;

❸ Сифнеос;

❹ Розенман.

10. Концепцию «органных неврозов» разработал:

❶ Витковер;

❷ Энгель;

❸ Френч;

❹ Дойч.

Глава 15

ПСИХОЛОГИЯ АНОМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Одними из важнейших задач современной практической психологии являются психологическая диагностика и коррекция отклонений детского поведения и вневрачебная помощь трудным детям. При исследовании ребенка с отклонениями в развитии в центре внимания психолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности. Оценка нарушений развития у детей учитывает также и отклонения от стадии возрастного развития, на которой находится ребенок, т. е. особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом, его последствиями.

В детском возрасте чувствительность отдельных сторон психики к вредоносным воздействиям определяется не столько их характером, сколько особенностями той возрастной стадии развития, на которой находится ребенок. Чем меньше ребенок, тем больше на первый план выступают признаки нарушения развития — дизонтогенеза. Чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза появляется компонент психического недоразвития. Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, при которых своевременно не возникают необходимые взаимодействия между отдельными системами. В этой связи вероятно появление признаков изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций. Эти изменения задерживают формирование новых психических процессов, затрудняют прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития.

К основным направлениям деятельности психолога при работе с аномальными детьми относятся в первую очередь следующие.

1. Выявление и систематизация патологической симптоматики и ее психологическая квалификация.

2. Осуществление структурного анализа расстройств, выявление первичных симптомов, связанных с болезнью, а также вторичных симптомов, обусловленных аномальным развитием в условиях болезни.

3. Разработка программы психокоррекционных мероприятий в зависимости от характера, происхождения и конкретного механизма нарушений, направленной на их предупреждение, уменьшение или устранение.

4. Проведение восстановительного обучения детей с нарушениями высших психических функций, таких как речь, мышление, чтение, счет, письмо, конструктивная деятельность, имеющих место при локальных поражениях мозга.

Психология аномального ребенка в смежных дисциплинах. Изучение закономерностей аномалий развития психики сосредоточено в сфере детской патопсихологии, дефектологии (специальной психологии и специальной педагогики) и детской психиатрии. Дефектология как область знания сложилась в результате развития и интеграции отдельных ее отраслей: сурдопедагогики (воспитание и обучение детей с недостатками слуха); тифлопедагогики (воспитание и обучение детей с дефектами зрения); олигофренопедагогики (воспитание и обучение умственно отсталых детей); логопедии (изучение и коррекция недостатков речи), а также выявления общих закономерностей развития, обучения и воспитания аномальных детей. Адекватным в этих условиях является комплексный подход к изучению аномальных детей различными специалистами (педагогами, врачами, дефектологами, психологами, физиологами).

Развитие дефектологии тесно связано с детской неврологией, сформировавшейся, в свою очередь, на стыке невропатологии и педиатрии, благодаря которой оказалось возможным изучение онтогенеза нервной системы ребенка, соответствия развития нервно-психических функций возрасту, выявление причин задержек и искажений развития, а также исследование изменений нервной системы при различных патологических состояниях, ее роли в этиопатогенезе заболеваний детского возраста.

Большое значение для развития дефектологии имеют достижения психологии, в частности таких ее отраслей, как нейропсихология и детская патопсихология. Нейропсихологический анализ позволяет на основе клинических и экспериментально-психологических данных очертить круг поражений психических процессов, возникающих при локальных поражениях мозга. Патопсихологические исследования раскрывают закономерности распада психической деятельности и свойств целостной личности в ситуации болезни, основанные на сравнительном анализе формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

По мере возникновения детской психиатрии в патогенезе и клинической картине болезни все большее значение стало придаваться роли возраста, а также симптоматологии, формирующейся под влиянием аномального развития в условиях болезни, — явлений дизонтогенеза. Если объектом дефектологических исследований является дизонтогенез, обусловленный, как правило, уже завершенным болезненным процессом, то детская психиатрия накопила ряд данных о формировании аномалий развития в процессе текущего заболевания (шизофрении (F20–29), эпилепсии (G40) и т. д.), динамике дизонтогенетических форм психической конституции (различные формы психопатий (F60–F69)) и аномальном развитии личности в результате деформирующего влияния отрицательных условий воспитания (различные варианты патохарактерологического формирования личности). Смягчение остроты психопатологических симптомов в связи с развитием фармакологии увеличило процентное соотношение детей, способных к обучению. Параллельно расширению психофармакологической помощи больным

детям все более актуальной и перспективной становится проблема психолого-педагогической реабилитации и коррекции.

Понятие дизонтогении и основные виды психического дизонтогенеза. В 1927 г. Швальбе впервые употребил термин «дизонтогения», обозначая с его помощью отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии под этим термином стали понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости (Ушаков). Проявления патологического воздействия на незрелый мозг различаются в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых находится больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, эмоциональная и мотивационная сферы (Лебединский). В отечественной литературе применительно к дизонтогениям принят термин «аномалии развития». Основными типами психического дизонтогенеза считаются регрессии, распад, ретардации и асинхронии психического развития.

Регрессия (*регресс*) — возврат функций на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального характера (временная регрессия), так и стойкого, связанного с повреждением функции (стойкая регрессия). Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме (F84.0). Склонность к регрессу более характерна для менее зрелой функции. В то же время регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в сенситивном периоде, но также и функции, уже в достаточной степени закрепленные, что наблюдается при более грубом патологическом воздействии: при шоковой психической травме (F43.0), при остром начале шизофренического процесса.

Явления регресса дифференцируют от явлений *распада*, при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стоек регресс и более вероятен распад.

Под *ретардацией* понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. В последнем случае речь идет о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, отдельных свойств личности.

Асинхрония как искаженное, диспропорциональное, дисгармоничное психическое развитие (Ковалев) характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом. Асинхрония развития, как в количественном, так и в качественном отношении, отличается от физиологической гетерохронии развития, т. е. разновременности созревания це-

ребральных структур и функций (Анохин). Основные проявления асинхронного развития в соответствии с представлениями физиологии и психологии в виде новых качеств возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений. Перестройка и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии — разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою «хронологическую формулу», свой цикл развития. Наблюдаются сенситивные периоды более быстрого, иногда скачкообразного развития функции и периоды относительной замедленности ее формирования.

На ранних этапах психического онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при относительно замедленных темпах развития праксиса. Взаимодействие восприятия и речи является в этот период ведущей координацией психического развития в целом. Речь, по выражению Выготского, характеризуется прежде всего гностической функцией, которая проявляется в стремлении ребенка «замеченное ощущение обозначить, сформулировать словесно». Чем сложнее психическая функция, тем больше таких факультативных координаций возникает на пути ее формирования. В патологии происходит нарушение межфункциональных связей. Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишенная воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируется, фиксируется, зацикливается в своем развитии. Изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохранная функция, что происходит в том случае, когда для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции. Так, при тяжелых формах умственной отсталости (F70–F79) весь моторный репертуар больного ребенка может представлять собой ритмическое раскачивание из стороны в сторону, стереотипное повторение одних и тех же актов. Подобные нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. Явления фиксации представлены в познавательной сфере в виде различных инертных стереотипов. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие. Так, по данным Макфарлейн, «пик» детских страхов в норме ограничен сенситивными возрастами 3 и 11 лет. В патологическом онтогенезе страхи, фиксируясь, распространяются и на другие возрастные периоды (Злотович).

К основным проявлениям асинхронии относят следующие.

1. Явления ретардации — незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм, характерные для олигофрении и задержки психического развития (F84.9). Описаны дети с общим речевым недоразвитием, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. Дальнейшее речевое развитие у этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи, за счет накопления словаря автономных слов.

2. Явления патологической акселерации отдельных функций, например чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме (F84.0).

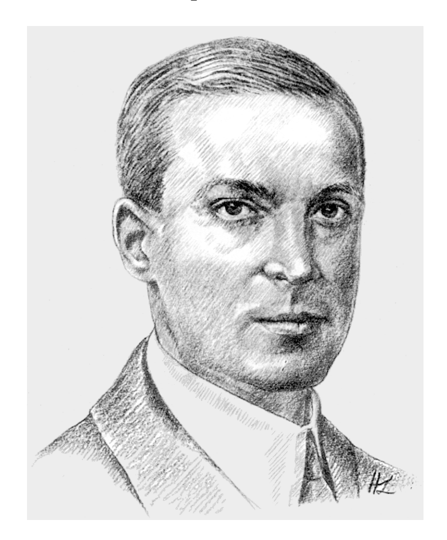
3. Сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций, например сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сфер при раннем детском аутизме.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронного развития.

Понятие «аномальный ребенок». К аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Различные аномалии по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях. В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития ребенка, другие подлежат лишь коррекции или компенсации. Развитие аномального ребенка, подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития детей, имеет целый ряд собственных закономерностей.

Выготский выдвинул идею о сложной структуре аномального развития ребенка, в соответствии с которой наличие дефекта какого-либо одного анализатора либо интеллектуального дефекта не вызывает выпадения одной локальной функции, а приводит к целому ряду изменений, формирующих целостную картину своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего развития. Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта — органического поражения головного мозга, — порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, определяющих социальное развитие ребенка. Вторичное недоразвитие свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных психологических реакциях, неадекватно завышенной самооценке, негативизме, несформированности волевых качеств.

Отмечается также взаимодействие первичных и вторичных дефектов. Не только первичный дефект может вызывать вторичные отклонения, но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичные факторы. Например, взаимодействие неполноценного слуха и возникших на этой основе речевых нарушений является свидетельством обратного влияния вторичной симптоматики на первичный дефект: ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохранные функции, если не развивает устную речь. Только при условии интенсивных занятий устной речью, т. е. в процессе преодоления вторичного дефекта речевого недоразвития, могут эффективно использоваться возможности остаточного слуха. Важной закономерностью аномального развития является соотношение первичного дефекта и вторичных нарушений. «Чем дальше отстоит симптом от первопричины, — пишет Выготский, — тем он более поддается воспитательному лечебному воздействию... То, что возникло в процессе развития ре-



Л. С. Выготский

бенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено». Чем дальше разведены между собой причины (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушения в развитии психических функций), тем больше возможностей открывается для его коррекции и компенсации с помощью рациональной системы обучения и воспитания. На развитие аномального ребенка оказывают влияние степень и качество первичного дефекта, время его возникновения. Характер аномального развития детей с врожденным или рано приобретенным умственным недоразвитием (F84.9) отличается от развития детей с распавшимися психическими функциями на более поздних этапах жизни.

Источником приспособления аномальных детей являются сохранные функции. Функции нарушенного анализатора, например, заменяются интенсивным использованием сохранных.

К основным категориям аномальных детей в дефектологии относятся следующие:

1) дети с выраженными и стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2) дети с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
3) дети с нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы (умственно отсталые);
4) дети с тяжелыми речевыми нарушениями (логопаты);
5) дети с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые);
6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
7) дети с выраженными психопатическими формами поведения.

Соотношение социального и биологического в возникновении психических нарушений у детей. Нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами. Среди биологических факторов значительное место занимают пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные аберрации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена), внутриутробные нарушения (связанные с тяжелыми токсикозами беременности (O21), токсоплазмозом (B58), сифилисом (A53), краснухой (B06) и другими инфекциями, интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), а также патология родов, инфекции, интоксикации и травмы. Черепно-мозговая травма (S00) составляет 25–45% всех случаев повреждений в детском возрасте (Астапов). Реже отмечаются

опухолевые образования раннего постнатального периода. Нарушения развития могут быть связаны с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы либо возникать на почве текущих заболеваний. В детском возрасте встречаются такие формы церебральной патологии, которые у взрослых или не бывают совсем, или встречаются очень редко (ревматическая хорея (I02), фебрильные судороги). Отмечается значительная частота вовлечения мозга в соматические инфекционные процессы в связи с недостаточностью мозговых защитных барьеров и слабостью иммунитета. В зависимости от причин возникновения аномалий и нарушений развития их подразделяют на врожденные и приобретенные. Большое значение имеет время повреждения. Объем поражения тканей и органов при прочих равных условиях тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор. Наиболее ранимым является период максимальной клеточной дифференциации. Если же патогенный фактор действует в период «отдыха» клеток, то ткани могут избежать патологического влияния. Для поражения нервной системы особенно неблагоприятно воздействие вредности в первую треть беременности.

В ходе психического развития каждая функция в определенное время проходит через сенситивный период, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности. Сенситивные периоды характерны не только для развития отдельных психических функций, но и для психического развития ребенка в целом. Выделяются периоды, в которые большинство психофизических систем находятся в сенситивном состоянии, и периоды, для которых характерны достаточная устойчивость, баланс сформированных и неустойчивых систем с преобладанием первых. К таким основным сенситивным периодам детства относятся возрастные периоды до 3 лет и 11–15 лет. В эти периоды особенно велика возможность возникновения психических расстройств.

Особенностью детского возраста является, с одной стороны, незрелость, а с другой — бóльшая, чем у взрослых, тенденция к росту и обусловленная ею способность к компенсации дефекта (Сухарева, Гелльниц). Поэтому при поражениях, локализованных в определенных мозговых центрах, длительное время может не наблюдаться выпадения функций. При локальном поражении компенсация, как правило, значительно выше, чем при дефицитарности функции, возникшей на фоне общемозговой недостаточности, наблюдаемой при диффузных органических поражениях центральной нервной системы. Имеет значение интенсивность повреждения мозга. При органических поражениях мозга в детском возрасте наряду с повреждением одних систем наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с поврежденными. Сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающихся в четкие рамки топической диагностики.

Ряд проявлений дизонтогенеза, в целом менее грубых по степени выраженности и в принципе обратимых, связан с влиянием неблагоприятных социальных факторов. И в этом случае чем раньше обнаруживаются неблагоприятные для ребенка социальные воздействия, тем более грубыми и стойкими являются нарушения развития. К социально обусловленным видам непатологических откло-

нений развития относится педагогическая запущенность (F84.9), т. е. задержка интеллектуального и эмоционального развития, обусловленная культурной депривацией — неблагоприятными условиями воспитания, создающими значительный дефицит информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится патохарактерологическое формирование личности — аномалия развития эмоционально-волевой сферы с наличием стойких аффективных изменений и вегетативных дисфункций, вызванная длительными неблагоприятными условиями воспитания и возникшая в результате патологически закрепившихся реакций протеста, имитации, отказа, оппозиции (Ковалев, Личко).

Психологическая характеристика детей при различных формах аномального развития. *Психическое недоразвитие. Умственно отсталые дети.* Среди форм умственной отсталости олигофрения (F70–F79), или общее психическое недоразвитие (F84.9), встречается наиболее часто. Олигофрения — группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности. Термином «умственная отсталость» в дефектологии обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникающее на основе органического поражения центральной нервной системы. Умственная отсталость — это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы; такая атипия развития, при которой страдает не только интеллект, но и эмоционально-волевая сфера.

Умственно отсталые меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании. На всех этапах процесса познания у них выявляются элементы недоразвития, вследствие чего эти дети получают неполные, а порой искаженные представления об окружающем. При психическом недоразвитии оказывается нарушенным восприятие, в особенности обобщенность восприятия, его темп. Таким детям требуется значительно больше времени на запечатление нового материала. Затруднения восприятия усугубляются особенностями мышления: снижением способности в выделении главного при анализе явлений окружающей действительности и в установлении внутренних связей между частями целого. Для умственно отсталых характерны также трудности в восприятии пространства и времени, что мешает им ориентироваться в окружающем. Значительно позже, чем нормальные дети, умственно отсталые начинают различать цвета, причем особую трудность представляет для них различение оттенков цвета. У умственно отсталых недостаточно сформированы такие операции мышления, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция. Отличительной чертой мышления умственно отсталых является некритичность, неспособность самостоятельно оценить свою работу. Как правило, они не различают своих неудач, всегда довольны своей работой и собой. Основные процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение — у умственно отсталых имеют специфические особенности, поскольку также формируются в условиях аномального развития. Дети лучше запоминают внешние, случайные признаки; внутренние логические связи осозна-

ются и запоминаются с трудом. Позже, чем у нормальных детей, формируется произвольное запоминание. Слабость памяти заключается не только в трудностях получения и сохранения информации, но и в ее воспроизведении. Вследствие непонимания логики событий воспроизведение носит бессистемный, хаотичный характер. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала, так как опосредствованная смысловая память малодоступна. У умственно отсталых детей отмечаются трудности и в воспроизведении образов восприятия — представлений. Недифференцированность, фрагментарность и иные нарушения представлений отрицательно влияют на развитие познавательной деятельности. Воображение у умственно отсталых отличается поверхностностью, фрагментарностью, неточностью, схематичностью. Страдает и произвольное и непроизвольное внимание, однако преимущественно недоразвита его произвольная сторона, что связано с отсутствием волевого напряжения, направленного на преодоление трудностей.

Умственная отсталость (F70–F79) проявляется не только в нарушении познавательной деятельности, но и в расстройстве эмоциональной сферы. Чем более выражена умственная отсталость, тем менее дифференцированы эмоции, менее нюансированы переживания и тем в большей степени эмоциональные переживания отличаются неустойчивостью, поверхностностью, кратковременностью и случайностью.

Нарушения высшей нервной деятельности, недоразвитие психических процессов являются причиной ряда специфических особенностей личности умственно отсталых, характеризующейся ограниченностью представлений об окружающем мире, примитивностью интересов, элементарностью потребностей и мотивов, сниженной активностью всей деятельности в целом, трудностью формирования взаимоотношений с окружающими людьми.

По глубине дефекта умственная отсталость (олигофрения) традиционно подразделяется на три степени: идиотия (F73), имбецильность (F71) и дебильность (F70).

Идиотия — самая глубокая степень умственной отсталости, при которой практически отсутствует речь. Умственно отсталые в степени идиотии не узнают окружающих; их внимание почти ничем не привлекается, выражение лица бессмысленное. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить эти дети начинают поздно, их движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию не реагируют, неопрятны в своих естественных отправлениях, неспособны к самообслуживанию. В ряде случаев в моторике наблюдаются стереотипные движения — маятникообразные раскачивания головой или туловищем из стороны в сторону. При идиотии средней и легкой степени отмечается умение смеяться и плакать, некоторое понимание чужой речи, мимики и жестикуляции. Словарный запас ограничен несколькими десятками слов. Дети-идиоты не обучаются и находятся с согласия родителей в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых), а по достижении 18-летнего возраста переходят в специальные интернаты для хронически больных.

Имбецильность (F71) — более легкая по сравнению с идиотией степень умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностя-

ми к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Словарный запас у них крайне беден. Они понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Наличие грубых дефектов памяти, восприятия, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении, как и дети-идиоты, они являются недееспособными, и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц.

Дебильность (F70) — наиболее легкая степень умственной отсталости. Сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной школы. У них нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, аграмматизма. Недоразвитие аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности и нарушение фонетического слуха вызывают большие трудности в овладении устной и письменной речью, навыками счета. Дифференцированная моторика развита недостаточно и в сочетании с физической ослабленностью и соматическими нарушениями, а также особенностями эмоционально-волевой сферы все это значительно ограничивает круг их возможной трудовой деятельности.

Задержанное психическое развитие. Под термином «задержка развития» (F84.9) понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа рализации закодированных в генотипе свойств организма. Являясь следствием временно и мягко действующих факторов (ранней депривации, плохого ухода и т. д.), задержка темпа может иметь обратимый характер. В этиологии задержки психического развития (ЗПР) играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера.

Задержки психического развития церебрального происхождения, при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречаются чаще других и представляют наибольшую сложность при отграничении их от умственной отсталости (F70–F79).

В исследованиях Певзнер и Власовой выделены две основные формы задержки психического развития: 1) задержка психического развития, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы); 2) задержка (возникшая на ранних этапах жизни ребенка), обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах.

Исходя из этиологического принципа выделены четыре основных варианта задержки психического развития: 1) задержка психического развития конституционального происхождения; 2) задержка психического развития соматогенного происхождения; 3) задержка психического развития психогенного происхождения; 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза (Лебединская). В клинико-психологической структуре каждого из вариантов

задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сфер.

При задержке психического развития конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста. Гармонический психофизический инфантилизм представляет собой некоторое запаздывание темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребенка и его социальную адаптацию. На первый план выступают неутомимость в игре и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий. Особенно быстро детям надоедают однообразные задания, требующие удержания сосредоточенного внимания довольно продолжительное время (рисование, счет, чтение, письмо). При полноценном интеллекте отмечаются недостаточно выраженные интересы к занятиям по письму, чтению, счету. Детям свойственны слабая способность к умственному напряжению, повышенная подражательность, внушаемость. Дети с инфантильными чертами поведения несамостоятельны и некритичны к своему поведению. Они могут плакать по пустякам, но быстро успокаиваются при переключении внимания на игру или что-то, доставляющее им удовольствие. Любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

Дисгармоничный психический инфантилизм может быть связан с эндокринными заболеваниями: при недостаточной выработке гормонов надпочечников и половых желез в возрасте 12–13 лет возникает задержка полового созревания. Такие подростки медлительны, быстро устают; работоспособность у них крайне неровная. Обнаруживаются снижение памяти, нарушение концентрации внимания. Двигательные навыки и умения развиты недостаточно: лица с дисгармоничным психофизическим инфантилизмом неуклюжи, медлительны и неповоротливы. Такие дети и подростки могут характеризоваться повышенным интеллектом, отличаются большой эрудицией, однако не всегда могут использовать свои знания, так как бывают очень рассеяны и невнимательны. Они очень обидчивы, болезненно переживают свои неудачи в учебе и трудности в общении со сверстниками.

Психогенно-обусловленный инфантилизм может быть связан с неправильными условиями воспитания, обычно в семьях, где растет лишь один ребенок, которого опекают сразу несколько взрослых, что часто препятствует развитию у ребенка самостоятельности, воли, умения, а впоследствии и желания преодолевать жизненные трудности. При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок учится неровно, так как не приучен трудиться, не хочет самостоятельно выполнять задания. Адаптация, как правило, затруднена из-за таких черт, как эгоизм, противопоставление собственных интересов интересам окружающих. Особенно выделяют детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы вследствие длительного нахождения в условиях дефицита информации, не только интеллектуальной, но часто и эмоциональной де-

привации. Неблагоприятные условия воспитания (например, при алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности) обусловливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте.

Соматогенная задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными, хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными нарушениями соматической сферы, в первую очередь пороками сердца. В замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, как соматической, так и психической.

Несмотря на то что задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости (F60.3) (с неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью). В условиях гиперопеки психогенная задержка психического развития проявляется в формировании эгоцентрических установок. В психотравмирующих ситуациях, а также в условиях воспитания, где преобладает жестокость или грубая форма авторитарности, нередко формируется невротическое развитие личности (F60.9).

При задержке психического развития церебрально-органического генеза необходимы срочные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причины этой формы задержки психического развития сходны с причинами, приводящими к олигофрении (F70–F79). Это сходство определяется органическими поражениями центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Дифференциальная диагностика этих аномалий (выраженное и необратимое недоразвитие в виде олигофрении, замедление темпа психического развития) зависит от массивности поражения мозга и от времени поражения. Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с более поздними поражениями мозга, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена. При стойких формах задержки психического развития церебрально-органического генеза помимо расстройств познавательной деятельности, обусловленных нарушением работоспособности, нередко наблюдается и недостаточная сформированность отдельных корковых или подкорковых функций: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти.

Следует отметить, что в отличие от умственно отсталых (F70–F79) дети с задержкой психического развития (F84.9) характеризуются более высокой обучаемостью, лучше используют помощь и способны осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание. При исследовании чтения, счета они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но тем не менее у них имеются качественные различия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению, в то время как у умственно отсталых нет желания понять, вследствие чего их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным. В письме обнаруживается неудовлетворительный навык кал-

лиграфии, небрежность, что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Определенные трудности для детей с задержкой психического развития представляет звуковой анализ. У умственно отсталых все эти недостатки выражены грубее. Помощь детям с задержками психического развития более эффективна, чем умственно отсталым.

Искаженное психическое развитие. Представлено, в частности, *синдромом раннего детского аутизма* (F84.0), который отличается от всех аномалий развития наибольшей выраженностью как клинической дисгармоничности, так и психологической структуры нарушений. Клинико-психологическая структура раннего аутизма как особой формы недоразвития, впервые описанной Каннером, характеризуется следующими признаками:

1) аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;
2) стремление к постоянству, проявляемое в виде стереотипных занятий, сверхпристрастия к различным объектам, сопротивления изменениям в окружающем;
3) особая характерная задержка и нарушение развития речи, также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка;
4) раннее проявление (до 2,5 лет) патологии психического развития, в большей степени связанной с особым нарушением психического развития, чем с его регрессом.

Аутизм проявляется при отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир. Отсутствие контактов наблюдается как по отношению к родным и близким, так и сверстникам. Аутичный ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он один. Обращают на себя внимание эмоциональная холодность и безразличие к близким, часто с повышенной ранимостью, чувствительностью к критике и малейшим замечаниям в свой адрес. Поскольку человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, аутичные дети избегают взгляда, прямого зрительного контакта. Многие окружающие предметы, явления и некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Отмечается своеобразие моторики и речи аутичных детей. Уже начав ходить, они еще долго сохраняют неуклюжесть движений, испытывают трудности в овладении бегом, прыжками. Одним из основных признаков раннего детского аутизма (F84.0) являются характерные особенности речи. Нередко при большом словарном запасе дети не пользуются речью для общения. Характерно неупотребление личных местоимений: аутичный ребенок говорит о себе во втором или третьем лице. При недоразвитии коммуникативной функции речи может наблюдаться повышенное стремление к словотворчеству.

Дети-аутисты по сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями либо занимают пассивно-оборонительную позицию. За помощью к старшим обращаются чрезвычайно редко. Ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей

и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и др. Наиболее отчетливо при аутизме проявляются асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Искаженность развития аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании высокого уровня развития мыслительных операций, опережающем возрастные нормы, в характерных односторонних способностях (математических, конструктивных и др.) и интересах. В то же время отмечается несостоятельность в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий, особые трудности в установлении взаимоотношений с окружающими. При поступлении в школу у детей этой категории значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Особую трудность составляет произвольная регуляция деятельности, направленная на общение.

Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы, в которой выделяют следующие основные этапы.

1. Психологическая коррекция:
   а) установление контакта со взрослыми;
   б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов;
   в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
   г) формирование целенаправленного поведения;
   д) преодоление отрицательных форм поведения — агрессии, негативизма, расторможенности влечений.
2. Педагогическая коррекция раннего детского аутизма:
   а) формирование активного взаимодействия с педагогом;
   б) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности).
3. Медикаментозная коррекция раннего детского аутизма; поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.
4. Работа с семьей:
   а) психотерапевтическая работа с членами семьи;
   б) ознакомление родителей с психическими особенностями ребенка;
   в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;
   г) обучение родителей методам воспитания аутичного ребенка (Астапов).

Дисгармоническое психическое развитие. Психопатия как форма дисгармонии личности. Это аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах. Этиология психопатий связывается либо с генетическими, наследственными факторами,

либо с экзогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза; не исключаются также возможности формирования психопатии (F60–F69) под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов. Большое значение в этом отношении имеют дефекты воспитания.

Существуют различные классификации психопатий. Одни авторы (Крепелин, Ганнушкин) исходят из положения о том, что при психопатиях происходит количественное заострение и усиление тех или иных черт характера; поэтому они распределяют все психопатии по группам, соответствующим классификациям человеческих характеров. Другие исследователи (Певзнер, Сухарева) пытаются классифицировать психопатии по этиологическому признаку. В третьем случае типология основана на обобщении двух предыдущих классификаций (Личко, Ковалев). Несмотря на разнообразие классификаций, сложности механизмов возникновения и развития, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий описывается достаточно сходно. В особенности это касается психопатий детского возраста.

Принята следующая систематика психопатий:

- конституциональные, имеющие наследственное происхождение: степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды; для каждого типа этого вида психопатий имеется свой критический возраст, на который падает развертывание психопатических черт;
- органические, при которых аномалии характера развиваются вследствие действий на формирующийся мозг внутриутробных и ранних послеродовых вредностей, приводящих к тяжелым токсикозам, родовым травмам, истощающим соматическим заболеваниям.

К конституциональным психопатиям относятся шизоидная (F60.1), эпилептоидная (F60.30), циклоидная (F34.0), психастеническая (F48.8) и истероидная психопатии (F60.4).

Шизоидная психопатия. Ребенку с шизоидным типом психопатии присущи черты аутизма. Его эмоциональная сфера характеризуется дисгармоничным сочетанием повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний с холодностью и безразличием в отношении переживаний окружающих. Характерно раннее возникновение интеллектуальных интересов. Несмотря на обычно высокий интеллект, эти дети нередко являются предметом насмешек одноклассников из-за неконтактности, эмоциональной неадекватности, плохой ориентировки в конкретной ситуации.

Эпилептоидная психопатия. Имеет много общего с эпилепсией (G40), однако отличается от нее отсутствием судорожных расстройств и явлений слабоумия. При эпилептоидной психопатии речь идет о стойких характерологических особенностях в виде напряженности эмоций и влечений, немотивированных колебаниях настроения. Уже в раннем дошкольном возрасте для таких детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции. В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, мстительность, злопамятность. В детском коллективе они трудны не только из-за своих аффективных вспышек, но и из-за постоянной конфликтности, связанной со стремлением к самоутверждению и жестокости.

Чем меньше возраст, в котором появляется данная форма психопатии, тем тяжелее ее последствия.

Циклоидная психопатия. При данном варианте психопатии имеется склонность к периодическим сменам настроения, в детском возрасте диагносцируется редко.

Психастеническая психопатия. В дошкольном возрасте у таких детей наблюдаются страхи, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого. Навязчивости и чрезвычайная нерешительность при необходимости принятия решений крайне затрудняют адаптацию. В школьном возрасте проявляется ипохондрия — боязнь за свое здоровье и здоровье близких. Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и неизвестным, возникает болезненная педантичность.

Истероидная психопатия. Обусловлена негрубыми экзогенными вредностями, перенесенными в раннем детстве. Представляет собой вариант дисгармоничного инфантилизма и чаще наблюдается у девочек. Основной характеристикой истероидной психопатии является эгоцентризм, т. е. стремление быть в центре событий, обращать на себя внимание окружающих. С ранних лет наблюдается капризность; девочки нередко стремятся привлечь к себе внимание различными вымыслами и фантазиями. Они очень ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего вступают в конфликты с окружающими. В школьном возрасте стремление привлечь к себе внимание проявляется также в характере одежды и прически. Неспособность к волевому усилию приводит к тому, что, даже при хорошем интеллекте, у лиц с истероидными чертами успехи в учебе значительно ниже возможностей. Конфликты вероятны не только с одноклассниками, но и с учителями. В подростковом возрасте типичны кокетство, склонность к интригам и сплетням. Эгоцентризм делает их чуждыми к переживаниям и трудностям близких, друзей, они сосредоточены только на своих переживаниях и интересах.

Органические психопатии (F07.0) связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни. Проявления психопатии (F60–F69) обычно начинаются с раннего детства: отмечаются непоседливость, крикливость, суетливость, желание все трогать руками, отсутствие чувства дистанции со взрослыми, аффективные вспышки, бурные истерические реакции. Постоянное стремление к движению сочетается с задержкой развития элементарных двигательных навыков, с моторной неловкостью. С началом полового созревания эти нарушения сглаживаются. Органическая психопатия может быть эпилептоидного и истероидного типа. При эпилептоидном типе с детства преобладает своеобразная аффективность, могут выявляться нарушения влечений, усиливающиеся в подростковом возрасте. Аффекты отличаются бурным проявлением и быстрым истощением. Нарушения влечений чаще всего характеризуются садистскими склонностями и бродяжничеством. Аффективность и расстройства влечений становятся основой для формирования нарушений поведения в виде делинквентности, алкоголизации. При истероидном типе органической психопатии с детства наблюдаются бурные истерические реакции по незначительным поводам — при малейшей угрозе наказания или отказе в исполнении желаний. В подростковом возрасте — безудержное хвастовство, малоправдоподобные фантазии.

Патологическое формирование личности (F60.9). Длительное неблагоприятное воздействие психотравмирующих факторов на мозг ребенка может вести к необратимой перестройке его эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Биологические предпосылки в виде темперамента, определяющего силу, уравновешенность, подвижность психических процессов, составляют ту генетическую основу высшей нервной деятельности, на базе которой в процессе социализации личность складывается под влиянием внешних условий. В детском возрасте основным социальным фактором, формирующим индивидуальность, являются воспитание и обучение. Ввиду незрелости эмоциональной сферы и психического склада ребенка в целом неблагоприятные условия внешней среды, действующие достаточно длительное время, могут привести к стойкому изменению личности.

В качестве факторов, предрасполагающих к патологическому формированию личности под влиянием неблагоприятной среды, отмечаются: органическая церебральная недостаточность остаточного характера, акцентуация характера, а также дисгармоническое протекание периода полового развития. Выделяют два механизма формирования патохарактерологического развития:

- закрепление патологических реакций отказа, оппозиции, гиперкомпенсации, имитации и др., возникающих в ответ на психотравмирующие воздействия и становящихся впоследствии свойствами личности;
- непосредственное подкрепление отрицательными воздействиями тех или иных патологических черт характера (возбудимости, истероидности и т. д.).

При анализе патохарактерологического формирования личности выделяют четыре основных варианта: аффективно возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый. Каждый из этих вариантов связан с определенными особенностями неблагоприятной среды.

Аффективно возбудимый вариант патохарактерологического формирования личности (F60.3) обусловлен воздействиями неблагоприятной среды: длительные конфликтные ситуации, алкоголизм родителей, ссоры, агрессивность членов семьи по отношению друг к другу. В таких семьях у ребенка развиваются черты аффективной взрывчатости, склонность к разрядке раздражения, гнева, повышенная готовность к конфликтам. Эти черты формируются или как имитация аналогичного поведения взрослых, или как закрепление реакции протеста. Постепенное изменение темперамента характеризуется сдвигом настроения в сторону угрюмости, нередко злобности.

Тормозимый вариант патологического развития личности (F60.7) чаще формируется в условиях такого типа гиперопеки, при котором авторитарность, деспотичность воспитания подавляют в ребенке самостоятельность, инициативность, делая его робким, застенчивым, обидчивым, а в дальнейшем — пассивным и неуверенным в себе. К тормозимому варианту по условиям возникновения и клинико-психологической структуре близко так называемое невротическое формирование личности, возникающее в тех случаях, когда длительная психотравмирующая семейная ситуация приводит к развитию у ребенка невроза, а затем и к формированию таких личностных черт, как боязливость, ипохондричность, склонность к беспокойству и тревоге. Невротическое развитие личности часто возникает у соматически ослабленных детей при неблагоприятных средовых условиях.

Истероидный вариант патологического развития личности (F60.4) чаще наблюдается у девочек и возникает в семьях, где ребенок воспитывается в изнеженной обстановке в условиях гиперопеки, неправомерно завышенной оценки его внешности и способностей (воспитание по типу «кумира семьи»). Однако этот вариант может также возникнуть и в семьях, имеющих длительную конфликтную ситуацию, как реакция протеста.

Патологическое развитие личности по *варианту психической неустойчивости* (F60.3) обусловлено условиями, когда у ребенка не воспитываются чувство ответственности, привычка к волевому усилию, способность преодолевать трудности. Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы проявляются в виде импульсивности, эмоциональной неустойчивости, внушаемости. По существу этот тип патологического развития личности является вариантом психогенного психического инфантилизма, одного из компонентов задержки психического развития.

Описывается также особый вид аномального психического развития — дисгармоническое протекание периода полового созревания: как его ускорение, так и задержка. Эти аномалии развития могут быть связаны как с генетическими особенностями, так и с экзогенно обусловленной органической недостаточностью нервной системы. При наличии неблагоприятного окружения патологические черты, обусловленные отклонением темпа полового созревания, могут являться предпосылками для патологического развития личности с явлениями аффективной возбудимости, расторможенностью влечений, асоциальным поведением.

Контрольные вопросы

1. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень как временного, так и стойкого характера:

❶ ретардация;

❷ регрессия;

❸ распад;

❹ асинхрония.

2. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается грубая дезорганизация либо выпадение функции:

❶ распад;

❷ регрессия;

❸ асинхрония;

❹ ретардация.

3. Вид психического дизонтогенеза, при котором отмечается запаздывание или приостановка психического развития:

❶ асинхрония;

❷ распад;

❸ ретардация;

❹ регрессия.

4. Форма психического дизонтогенеза, при которой отмечается выраженное опережение развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпа и сроков созревания других функций и свойств:

❶ асинхрония;

❷ регрессия;

❸ распад;

❹ ретардация.

5. Социально обусловленный вид непатологических отклонений в психическом развитии:

❶ социальная депривация;

❷ патохарактерологическое формирование личности;

❸ педагогическая запущенность;

❹ краевая психопатия.

6. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

❶ педагогическая запущенность;

❷ патохарактерологическое формирование личности;

❸ акцентуация характера;

❹ краевая психопатия.

7. Общее психическое недоразвитие — это:

❶ психопатия;

❷ олигофрения;

❸ акцентуация характера;

❹ педагогическая запущенность.

8. Отличительная черта мышления умственно отсталых:

❶ искажение процесса обобщения;

❷ некритичность;

❸ амбивалентность;

❹ амбитендентность.

9. Эмоции умственно отсталых:

❶ недифференцированы;

❷ амбивалентны;

❸ ригидны;

❹ лабильны.

10. Тотальность поражения психических функций характерна:

❶ для олигофрении;

❷ для педагогической запущенности;

❸ для задержки психического развития;

❹ для психопатии.

11. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций обозначаются термином:

❶ «педагогическая запущенность»;

❷ «психопатия»;

❸ «задержка психического развития»;

❹ «олигофрения».

12. Аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах, — это:

❶ задержка психического развития;

❷ олигофрения;

❸ психопатия;

❹ акцентуация характера.

Глава 16

ПСИХОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

Понятие отклоняющегося поведения. Отклоняющееся (девиантное — от позднелат. *deviatio* — отклонение) поведение — система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам. К основным видам отклоняющегося поведения относят: преступность и уголовно не наказуемое (непротивоправное) аморальное поведение (систематическое пьянство, стяжательство, распущенность в сфере сексуальных отношений и т. п.). Как правило, существует связь между этими видами отклоняющегося поведения, которая заключается в том, что совершению правонарушений нередко предшествует ставшее привычным для человека аморальное поведение. В исследованиях, посвященных отклоняющемуся поведению, значительное место отводится изучению его мотивов, причин и условий, способствующих его развитию, возможностей предупреждения и преодоления. В происхождении такого рода поведения особенно большую роль играют дефекты правового и нравственного сознания, содержание потребностей личности, особенности характера, эмоционально-волевой сферы. Девиантное поведение в виде делинквентных (от лат. *delinquens*) — противоправных и аутоагрессивных поступков может быть как патологическим, обусловленным различными формами патологии личности и личностного реагирования, так и непатологическим, т. е. психологическим (Амбрумова). Сами по себе девиантные поступки не являются обязательным признаком психических нарушений и тем более серьезного психического заболевания. В основном они обусловлены социально-психологическими девиациями личности, прежде всего микросоциально-психологической запущенностью, а также ситуационными характерологическими реакциями (протеста, отказа, имитации, эмансипации и др.). В части случаев девиантное поведение у подростков в той или иной степени связано с патологией формирования личности и с патологическими ситуационными (патохарактерологическими) реакциями и потому относится к проявлениям психической патологии, чаще пограничной.

Наиболее важными критериями отграничения патологических форм девиантного поведения от непатологических являются следующие (Ковалев):

1) наличие определенного патохарактерологического синдрома, например синдрома повышенной аффективной возбудимости, эмоционально-волевой неустойчивости, истероидных, эпилептоидных, гипертимных черт характера;
2) проявление девиантного поведения за пределами основных для ребенка или подростка микросоциальных групп: семьи, коллектива школьного класса, референтной группы подростков;
3) полиморфизм девиантного поведения, т. е. сочетание у одного и того же подростка девиантных поступков разного характера — антидисциплинарных, антисоциальных, делинквентных, аутоагрессивных;
4) сочетание нарушений поведения с расстройствами невротического уровня — аффективными, сомато-вегетативными, двигательными;
5) динамика девиантного поведения в направлении фиксации стереотипов нарушенного поведения, перехода их в аномалии характера и патологию влечений с тенденцией к патологической трансформации личности.

Клинико-физиологические основы отклоняющегося поведения. Патологические формы девиантного поведения у детей и подростков в клиническом плане связаны в основном с патологическими ситуационными (патохарактерологическими) реакциями, психогенными патологическими формированиями личности (F60–F69), ранними проявлениями формирующихся психопатий (ядерных и органических (F60–F69)), а также с непроцессуальными (резидуально-органическими и соматогенными) психопатоподобными состояниями (F07.0).

Патохарактерологические реакции у детей и подростков как особая форма психического расстройства описаны Ковалевым. Патологические ситуационные (патохарактерологические) реакции являются психогенными личностными реакциями, проявляющимися в стереотипных отклонениях поведения (по типу «клише»), которые возникают в разных психотравмирующих ситуациях, имеют склонность превышать определенный «потолок» нарушений поведения, возможный у сверстников, а также, как правило, сопровождаются соматовегетативными расстройствами и ведут к более или менее длительным нарушениям социальной адаптации. Эти реакции отличают от реакций «характерологических» — непатологических нарушений поведения у детей и подростков, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями. Патологические ситуационные реакции чаще развиваются постепенно на основе психологических, однако у детей и подростков с психопатическими чертами характера, резидуально-органическими церебральными изменениями, даже минимальными, а также при патологически протекающем пубертатном кризе эти реакции могут сразу возникать как патологические.

Патохарактерологические реакции в противоположность острым аффективным оказываются затяжными, продолжительными нарушениями — они длятся многие недели, месяцы и даже годы. Проявляются в основном ситуативно обусловленными патологическими нарушениями поведения: делинквентностью, побегами из дома, бродяжничеством, ранней алкоголизацией и употреблением других психоактивных веществ, суицидальным поведением, транзиторными сек-

суальными девиациями (F69.5). Среди делинквентных подростков до 16 лет 71% алкоголизируются, 54% совершают побеги из дома; у 10% отмечаются сексуальные девиации, у 8% — суицидные попытки (Семке).

Психогенные патохарактерологические формирования личности (F60–F69) представляют собой становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов (неправильного воспитания, длительных психотравмирующих ситуаций, прежде всего вызывающих патологические ситуационные реакции личности). Это понятие тесно связано с разработкой представлений о возможности возникновения под влиянием неблагоприятных факторов микросоциальной среды стойкой приобретенной патологии личности — «реактивной психопатии» по Краснушкину, «краевой психопатии» по Кербикову.

Под психопатиями (F60–F69) в клинической психиатрии понимают патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью патологических расстройств, в той или иной мере препятствующих полноценной социальной адаптации субъекта. Диагностика психопатий основывается на клинических критериях, предложенных Ганнушкиным. Поведенческие расстройства при психопатиях с импульсивностью, агрессивностью, пренебрежением к существующим морально-этическим нормам обусловливают социальный аспект этой проблемы. Еще в первых клинических описаниях аномалий личности (Кандинский, Бехтерев) обращали внимание на те характерологические черты, которые могут иметь значение для формирования преступного поведения: проявляющаяся с детства жестокость по отношению к людям и животным, эгоизм, отсутствие сострадания, наклонность ко лжи и воровству, неуравновешенность эмоций, нарушение нормального соотношения между силой внешних раздражителей и реакцией на них, патология влечений (F63).

Проблема психопатии в детском и подростковом возрасте является спорной в связи с незрелостью, несформированностью структуры личности в эти периоды жизни. Тем не менее исследования ряда отечественных психиатров (Сухарева и др.) показали существование ряда форм психопатий, прежде всего конституциональных («ядерных»), не только в подростковом, но и в детском возрасте. В детском возрасте (примерно к 11–12 годам), по данным Личко, проявляются основные компоненты психопатий эпилептоидного (F60.30) и шизоидного типа (F60.1), а у старших подростков — признаки неустойчивого (F60.3), истерического (F60.4) и гипертимного типа (F60.3).

В отличие от психопатий при психопатоподобных состояниях (F61.1) происходит не нарушение процесса формирования личности, а ее «поломка», дефект, связанный с экзогенным (инфекционным, травматическим и др.) повреждением механизмов и структур формирующейся личности. Общей основой этих состояний является вариант органического психосиндрома (F07.9), характеризующийся дефектом эмоционально-волевых свойств личности. Психоорганический синдром — симптомокомплекс нарушения памяти, интеллекта и аффективности, характеризующийся истощаемостью психических процессов, недостаточностью

активного внимания, снижением памяти, прежде всего расстройством процессов произвольного запоминания и воспроизведения, снижением уровня аналитико-синтетической деятельности мышления с тенденцией к ориентации на конкретно-ситуативные признаки явлений. Этот синдром характеризуется особенностями эмоциональности, связанными с недостаточным контролем над эмоциями, их периодическим отреагированием в виде своеобразных аффективных «разрядок», тенденцией к формированию дисфорий — периодов тоскливо-злобного настроения с постепенно, исподволь накипающим раздражением и бурными аффективными «разрядками», регулирующими «эмоциональный гомеостаз».

Концепция саморазрушающего поведения, выходящего из-под контроля самосознания, неразрывно связана с понятиями психической болезни или пограничного психического расстройства, представляющими собой специфически человеческую форму патологии, которая проявляется преимущественно нарушением отражения человеком окружающего и своего собственного внутреннего мира. Поэтому в механизмах развития отклоняющегося поведения существенную роль играет расстройство адаптации личности к окружающей среде. К признакам нарушения социальной адаптации при этом относят: снижение потребности в принадлежности к социуму, в принятии и поддержке окружающими людьми, потерю социально направленных чувств, недоверие к близкому социальному кругу и социальным нормам, неконтактность, негативное отношение к требованиям окружающих и конфликтность во взаимоотношениях с ними. Для обозначения расстройства поведения в виде мелких правонарушений и проступков, не достигающих преступления (криминала), наказуемого в судебном порядке, в настоящее время широко используется понятие «делинквентности». Если криминальное поведение квалифицируется на основе правовых норм, закрепленных в Уголовном кодексе, то делинквентное поведение — на основе морально-этических норм, зафиксированных в общественном мнении.

По Личко, делинквентность является наиболее ярким проявлением поведения неустойчивого типа психопатий (F60.3) и акцентуаций характера (Z73.1). Она встречается также при гипертимной (F60.3) и истероидной (F60.4) психопатии и акцентуации. У эпилептоидов и шизоидов делинквентность чаще отмечают, если девиация характера достигает степени психопатий (F60–F69). Иногда делинквентное поведение может встречаться у эмоционально лабильных подростков в условиях эмоционального отвержения и безнадзорности. Другим типам психопатий и акцентуаций характера, особенно сенситивному (F60.7) и психастеническому (F48.8), делинквентность не свойственна.

Факторы, обусловливающие формирование расстройств поведения, могут быть разделены на следующие:

1) болезненное усиление влечений в результате органических заболеваний головного мозга или конституционально обусловленной неполноценности, что ведет к изменениям влечений, достигающим иногда степени глубоких, несовместимых с общественными нормами извращений;
2) отсутствие авторитета воспитателей в условиях противоречивых морально-этических и общественных норм поведения родителей;

3) реакции протеста, возникающие в результате несправедливого отношения со стороны родителей или других воспитателей;
4) неразрешимые личностные конфликты, приводящие к импульсивным действиям, направленным на попытку их разрешения.

Социально-психологические факторы отклоняющегося поведения. Психологические особенности социума, характеризующегося непрерывным увеличением объема информации, благоприятного для возникновения эмоциональной депривации, с пошатнувшимся институтом брака и семьи, нарастанием относительной социальной изоляции и отчужденности людей при повышении уровня занятости, ответственности, дефицита времени, способствуют формированию нарушений поведения. Ситуации недостаточной социально-психологической адаптированности ребенка или подростка при плохом усвоении социально одобряемых поведенческих стереотипов с интериоризацией асоциальных ценностей, влиянием асоциальных установок выступают в виде важной предпосылки антиобщественного поведения (Чудновский). Социальное напряжение в обществе создает условия для интенсивного возникновения психических расстройств и социально опасных форм отклоняющегося поведения (алкоголизм (F10), наркозависимость (F11–F14), суициды, преступность); при этом рост случаев психических расстройств и отклоняющегося поведения, в свою очередь, усиливает социальное напряжение в популяции. При изучении патогенного влияния на психическое здоровье социальных факторов следует дифференцировать их на две группы: макросоциальные и микросоциальные. Первые непосредственно обусловлены общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Вторые отражают конкретные направления общественной жизни людей в ее различных сферах (труд, отдых, быт). Психологические проблемы в семье и в рабочей микрогруппе по-прежнему остаются одной из основных причин развития нарушений психического здоровья, преломляясь через призму макросоциальных условий (Дмитриева, Положий).

Среди психологических факторов отклоняющегося поведения важную роль играет мотивация, выполняющая четыре основные функции: отражательную, побудительную, регулятивную, контролирующую. Делинквентное и криминальное поведение коррелирует не столько со слабыми знаниями морально-правовых требований, сколько с криминогенной деформацией побудительных мотивов. Формирование системы побуждений личности возможного правонарушителя и их актуализация в конкретной жизненной ситуации выполняют отражательную функцию; возникновение мотива и формирование цели поведения — побудительную; выбор путей достижения цели, прогноз возможных последствий и принятие решения на совершение проступка — регулятивную; контроль и коррекция действий, анализ наступивших последствий, раскаяние или выработка защитного мотива — контролирующую (Кудрявцев). Основываясь на нарушениях структуры мотивов, их опосредованного характера и иерархичности построения, Гульдан выделил два основных механизма формирования мотивов противоправных действий у психопатических личностей (F60–F69): нарушение опосредования потребностей и нарушение их опредмечивания. Нарушения опосредования потребностей заключаются в несформированности или в разрушении у этих лиц под влиянием

каких-либо факторов (например, аффективного возбуждения) социально детерминированных способов реализации потребностей. Нарушается связь субъективной возможности реализации потребности с сознательно принятым намерением, целью, оценкой ситуации, прошлым опытом, прогнозом будущих событий, регулятивной функцией самооценки, социальными нормами и др. Уменьшается число звеньев в общей структуре деятельности, что ведет к непосредственной реализации возникающих побуждений. Потребности приобретают характер влечений. По этому механизму формируются аффектогенные и ситуационно-импульсивные мотивы противоправных действий.

Аффектогенные мотивы характеризуются тем, что непосредственным мотивом поведения становится стремление к немедленному устранению источника психотравмирующих переживаний. Эмоциональное возбуждение, возникающее в связи с объективной или субъективной невозможностью рационального разрешения конфликта, разрушает основные виды контроля и опосредования поведения, снимает запрет на деструктивные, насильственные действия и побуждает к ним. У психопатических личностей по сравнению с психически здоровыми лицами наблюдается более низкий «порог» аффективного реагирования и распространенность условных психогений.

В ситуационно-импульсивных мотивах актуальная потребность удовлетворяется «ближайшим объектом» без учета существующих норм, прошлого опыта, конкретной ситуации, возможных последствий своих действий. Если в «волевом» преступном действии социальные и правовые нормы преодолеваются тем или иным образом в сознании субъекта, то при импульсивном поведении они вообще не актуализируются в качестве фактора, опосредующего поведение.

К мотивам, связанным с нарушением формирования предмета потребности, относятся мотивы психопатической самоактуализации, мотивы-суррогаты и суггестивные (внушенные) мотивы противоправных действий. Общим в них является формирование мотивов, отчужденных от актуальных потребностей субъекта и ведущих при их реализации к его социальной дезадаптации. Мотивы психопатической самоактуализации, при которых устойчивое мотивационное значение приобретает та или иная черта личностной дисгармонии, ведут к реализации стереотипных, ригидных «сценариев личности», осуществляемых в определенной мере независимо от внешних условий и актуальных потребностей субъекта. Формирование мотивов-суррогатов связано с объективной, а у психопатических личностей чаще с субъективной невозможностью адекватного опредмечивания потребностей. Их реализация ведет не к удовлетворению потребности, а лишь к временной разрядке напряжения, связанного с этой потребностью. Суггестивные мотивы по отношению к потребностям субъекта носят внешний, заимствованный характер, их содержание может быть прямо противоположным собственным установкам, ценностным ориентациям личности (Гульдан).

Большое значение для понимания и прогнозирования отклоняющегося поведения имеет также изучение личности неблагополучного ребенка или подростка, его социально-психологических и психологических свойств, таких как: эгоцентризм с преимущественной ориентацией на собственные субъективно-значимые ценности и цели и с недоучетом требований реальности, интересов окружающих лиц;

нетерпимость в отношении психологического дискомфорта; недостаточный уровень контроля за собственными эмоциональными реакциями и поведением в целом; импульсивность, когда актуальные побуждения, минуя когнитивную переработку, непосредственно реализуются в поведении; низкий уровень эмпатии, отражающий сниженную чувствительность к страданиям других лиц; недостаточная степень интериоризации морально-этических и правовых норм; интериоризация асоциальных норм, регулирующих поведение.

Совокупность специфических свойств личности преступника может служить научно-практическим ориентиром при изучении лиц с отклоняющимся поведением, при прогнозировании и предупреждении возможных преступлений этих лиц (Кудрявцев, Антонян). Изучение личности в этом случае предполагает получение информации о ее потребностях и интересах, ценностных ориентациях, степени и качестве социализации индивида, особенностях его реагирования на те или иные обстоятельства, мотивах, реализованных в других поступках, типологической психологической характеристике личности в целом. В ходе анализа необходимо поставить вопрос: какие элементы ситуации и каким образом воздействовали на те или иные элементы (этапы) мотивационного процесса, на формирование мотивов, их конкуренцию, иерархию и т. д. Изучение противоправного поведения показывает, что личность как бы тяготеет к определенным ситуациям, что они оказываются адекватными, т. е. отвечающими ее внутренней структуре.

Понятие аддиктивного поведения. Нездоровый образ жизни, алкоголизация и никотинизация населения, все более распространяющееся употребление наркотиков и токсических веществ, делинквентное поведение, включая сексуальные девиации, уход от социально конструктивной деятельности, праздное времяпрепровождение — все это дает основания для формирования концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности (Попов). В основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем. Алкоголизация и наркотизация, хотя и считаются универсальными средствами ухода от действительности, не являются единственными. В этой связи широкое распространение получило исследование одной из форм девиантного поведения в форме аддиктивного поведения — отклоняющегося поведения, характеризующегося стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. Не только наркотическая, но любая другая прогрессирующая зависимость (в том числе от игральных автоматов — гемблинг, от компьютеров — Internet addiction и т. д.) приводит к постепенному отстранению от других видов деятельности и развлечений, сужает круг увлечений и интересов. К подобному поведению относится и компульсивная потребность быть занятым («работоголики»). Развиваемая Короленко концепция аддиктивного поведения исходит из положения о наличии общих механизмов, свойственных различным формам аддикции как фармакологического, так и нефармакологического содержания. При этом наблюдается снижение уровня требований и критики к окружающим и к самому себе, что может сопровождаться упрощением личности с нивелировкой личностных свойств вплоть до

ее постепенной деградации. Основным мотивом поведения становится активное стремление к изменению неудовлетворяющего психического состояния, которое представляется скучным, однообразным и монотонным. Окружающие события не вызывают интереса и не являются источником приятных эмоциональных переживаний. Анализируя психологические механизмы, лежащие в основе различных аддикций, Короленко приходит к заключению о том, что начало формирования аддиктивного процесса происходит всегда на эмоциональном уровне. Существует эмоциональное состояние, объединяющее различные (фармакологические и нефармакологические) аддикции. В основе его находится свойственное человеку стремление к психологическому комфорту. В нормальных условиях психологический комфорт достигается различными путями: преодолением препятствий, достижением значимых целей, удовлетворением любопытства, реализацией исследовательского интереса, проявлением симпатии к другим людям, оказанием им помощи и поддержки, следованием религиозному опыту и переживаниям, занятиям спортом, психологическими упражнениями, уходом в мир воображения и фантазий и др. В случаях формирования аддикций этот множественный выбор резко сужается: происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие исключаются или отодвигаются на второй план и используются все реже. Этот процесс называется конвергенцией эмоционального комфорта, с резким ограничением используемых способов его достижения, способов выбора.

Менделевич описывает психологические особенности, характеризующие лиц с аддиктивным поведением. К основным признакам таких личностей относятся следующие:

1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
4) стремление говорить неправду;
5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
6) стремление уходить от ответственности в принятии решений;
7) стереотипность, повторяемость поведения;
8) зависимость;
9) тревожность.

Для аддиктивных личностей характерен феномен «жажды острых ощущений» со стремлением к риску, тяготением к опасным ситуациям и видам деятельности, отсутствием стабильности и надежности в межличностных взаимоотношениях. Основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, серой и скучной жизнью, перед обязательствами и ответственностью, склонность к интенсивным эмоциональным переживаниям, к опасным ситуациям, риску и авантюрам.

Основные формы отклоняющегося поведения. *Пьянство* и *алкоголизм*. Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызываю-

щими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них, является одной из самых распространенных форм отклоняющегося поведения. Формированию хронического алкоголизма (F10) как прогрессирующего заболевания у взрослых предшествует довольно продолжительный период пьянства. В подростковом возрасте сформировавшийся хронический алкоголизм встречается редко, а наиболее актуальной проблемой является ранняя алкоголизация. Личко разграничивает понятие ранней алкоголизации как одного из проявлений девиантного поведения у подростков и хронического алкоголизма как болезни. К ранней алкоголизации относится употребление опьяняющих доз алкоголя до 16 лет и более или менее регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте. В этом случае речь идет не о раннем алкоголизме, а о том, что у взрослых называется «бытовое пьянство». Ранняя алкоголизация возникает чаще всего как следствие делинквентности. Первоначально мотивами употребления спиртного являются нежелание отстать от товарищей, любопытство, по-своему понимаемый путь к взрослости. Если же при повторных выпивках появляется новый мотив — желание испытать веселое настроение, чувство расторможенности, комфорта, то алкоголизация становится формой токсикоманического поведения.

Алкоголизм является экзогенным психическим заболеванием (токсикоманией), которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогредиентного органического психосиндрома (F07.9) и к алкогольной деградации личности. Разделение органического психосиндрома и личностного снижения при алкоголизме условно: два этих психопатологических феномена тесно взаимосвязаны. Этиологическим фактором алкоголизма является употребление алкоголя. Одного лишь приема алкоголя при этом недостаточно для формирования болезни — требуются дополнительные факторы, которые принято делить на физиологические, психологические и социальные. Большое значение в происхождении алкоголизма отводят нарушениям обмена веществ; определенную роль играют факторы естественного и искусственного иммунитета. Социальные факторы алкоголизма — целый комплекс, в котором учитывают образование, семейное положение, отношение государства к алкоголизму и т. д. Среди лиц, страдающих алкоголизмом, большинство составляют холостые, одинокие, разведеные. Роль семьи в развитии бытового пьянства и алкоголизма признается в данный момент практически всеми. Отмечают значение многих факторов: неблагоприятные взаимоотношения между родителями, раннее приобщение к спиртному, обычаи ближайшего социального окружения, ориентированные на потребление спиртного, общепринятые алкогольные традиции, установка на привычное потребление спиртного, хронические конфликты в собственной семье, низкий культурный уровень, нецеленаправленное использование свободного времени, воздействие профессионально-производственной группы (Бабаян).

Алкоголь вызывает чувство комфорта, удовольствия, эйфорию, а также состояние расслабления и снижения психической напряженности. Алкоголизм как средство легкого проведения времени, получения удовольствия характеризует примитивных личностей с невысокими запросами и ограниченными интересами; как способ расслабления, снятия напряжения — людей, не умеющих справляться с жизненными трудностями, с невысоким уровнем социальной адаптации.

К группе лиц, у которых значимую роль в развитии алкоголизма играют психологические факторы, относят психически больных. Пациенты с психическими нарушениями начинают употреблять алкоголь в силу особенностей своих измененных болезнью психологических установок (например, больные пограничными состояниями), нарушений психики (некоторые больные эпилепсией (G40)), наличия психопатологической продукции (бред, галлюцинации), нарушений эмоциональной сферы (при депрессиях, маниях), деградации личности. При каждой психической болезни алкоголизм имеет свои особенности возникновения, течения и исхода.

Различают три стадии алкоголизма (F10).

1. Начальная стадия характеризуется психической зависимостью от алкоголя, нарастанием толерантности к спиртному, появлением палимпсестов, проявляющихся в частичном забвении отдельных событий и своего поведения в состоянии опьянения. На этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому. У больных обнаруживаются изменения в протекании познавательных психических процессов: отмечается снижение процессов памяти, вначале удержания, а затем и запоминания, нарушение внимания и снижение работоспособности. На начальной стадии появляется астенический симптомокомплекс.

2. Развернутая стадия характеризуется неудержимым, компульсивным влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю в этом периоде достигает своего максимума, формируется абстинентный синдром, появляется физическая зависимость от алкоголя. Отмечаются выраженные нарушения сна. В этот период возможно также формирование алкогольных психозов (F1x.5). У больных наблюдаются признаки снижения личности: возникают неврозоподобные проявления психической деятельности либо психопатоподобное поведение по астеническому, истерическому, эксплозивному типу. Апатический синдром рассматривают как проявление стадии более глубокого поражения личности. Часто у больных алкоголизмом появляется чрезмерная экстравертированность, которая носит патологический характер в связи с присущими этим больным изменениями в системе потребностей и мотивов. Использующиеся механизмы психологической защиты заключаются в безоговорочной тенденции к самооправданию. С механизмами патологической психологической защиты связан своеобразный алкогольный юмор — плоский, грубый, циничный, с элементами агрессивности. В течении заболевания нарушения самооценки выявляются раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до формирования выраженного алкогольного слабоумия. Нарушения критичности — важный объективный критерий алкогольной деградации. При грубой алкогольной деградации типичными являются аспонтанность в сочетании с «пустой» интровертированностью, утрата социальных контактов, уход от реальности, отсутствие интереса к происходящему.

3. На третьей, заключительной стадии алкоголизма тяга к алкоголю обусловлена необходимостью снятия физического дискомфорта; она носит неудержимый, необузданный компульсивный характер. Снижение интеллектуально-мнестических функций является выраженным, вплоть до корсаковского амнестического синдрома (F1x.6) с глубокими нарушениями памяти, конфабуляциями, амнестическими дезориентировками. Алкогольное слабоумие (F1x.73) нивелирует инди-

видуальные психологические свойства личности. Этические, моральные нормы поведения, чувство ответственности отсутствуют. Типичными являются колебания настроения — «сиюминутность» поведения, дисфории, тяжелые депрессии. Снижается критика к своему состоянию, положению в обществе. Характерны частые амнезии. Возможны острые (F1x.5) или хронические алкогольные психозы (F1x.7). Наблюдаются поражения внутренних органов и систем, нередко с необратимыми изменениями (цирроз печени (K74), инфаркт миокарда (I21)); сомато-вегетативная симптоматика сопровождается неврологическими симптомами — наблюдаются тремор конечностей, периферические судороги, возможны эпилептиформные припадки, могут появиться системные нарушения, мозговые синдромы (геморрагический полиэнцефалит).

Наркозависимости (F11–F14) и *токсикомании* (F15–F19). Общее название болезней, проявляющихся тенденцией к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических лекарственных средств и наркотических веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. В процессе болезни происходят глубокие изменения личности заболевшего, наблюдаются разнообразные расстройства психической деятельности вплоть до слабоумия (F1x.73), нарушаются функции внутренних органов и нервной системы; следствием измененной психики может стать и нанесение в той или иной форме вреда обществу.

Наряду с термином «наркозависимость» в наркологии и психиатрии используют также термин «лекарственная зависимость» (F1x.2), которая определяется как «психическое, а иногда и физическое состояние, характеризующееся определенными поведенческими реакциями, которые всегда включают настоятельную потребность в постоянном или периодически возобновляемом приеме определенного средства для того, чтобы избежать неприятных симптомов, обусловленных прекращением приема этого средства» (16-й доклад Комитета экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость). Различают психический и физический типы лекарственной зависимости. Под психической зависимостью понимают состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения и психического подъема; требуется периодически возобновляемое или постоянное введение лекарственного средства для того, чтобы испытать удовольствие или избежать дискомфорта. Синдром психической зависимости обозначает состояние организма, характеризующееся патологической потребностью в приеме какого-либо лекарственного средства или иного вещества, с тем чтобы избежать нарушений психики или дискомфорта, возникающих при прекращении его приема, но без явлений абстиненции.

Физической зависимостью обозначают адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами, когда прекращается введение соответствующего лекарственного средства. Эти расстройства, т. е. синдром абстиненции (F1x.3), представляет собой комплекс специфических симптомов и признаков психического и физического свойства, которые характерны для действия каждого вида наркотика. Синдром физической зависимости — состояние, характеризующееся развитием абстиненции при прекращении приема вызывавшего зависимость лекарственного средства или иного вещества (или после введения его

антагонистов). Обращают внимание на существование зависимости врожденной и зависимости приобретенной (Бабаян). Картина синдрома врожденной зависимости представляется в полном объеме и включает в себя как физическую, так и психическую зависимость. Человек со дня рождения зависит от воздуха, воды, от молока матери и т. п. Например, при лишении воды возникают симптомы психического возбуждения и галлюцинации (например, начинают видеться водные источники, родники, слышаться шум воды) и, наконец, может наступить смерть. В ходе онтогенеза и в процессе эволюции человечества постепенно расширяется круг пищевых продуктов, от которых человек зависим. Однако эта зависимость от пищевых продуктов развивается по механизмам, характерным для зависимости врожденного характера. Приобретенная зависимость возникает при применении соответствующих лекарственных средств или иных веществ в связи с тем, что они облегчают болезненное состояние, вызывают эйфорию, опьянение, которые наблюдаются при применении как наркотических средств, так и психотропных препаратов или алкогольных напитков. Вместе с тем понятие «лекарственная зависимость» (F1x.2) не заменяет термина «наркозависимость» и используется лишь для обозначения зависимости (психической или физической) как одного из синдромов, выявляемых при наркозависимостях (F11, F12, F14) и токсикоманиях (F15–F19).

В настоящее время проводится разделение понятий «наркозависимость» и «токсикомания». Под наркозависимостью понимают болезнь, возникающую в результате злоупотребления лекарственными или иными веществами, включенными в список наркотиков. В понятие токсикомании вкладывают представление о болезни, связанной со злоупотреблением лекарственными и иными веществами, не отнесенными к наркотикам. С юридической и социальной точек зрения больные наркозависимостями и токсикоманиями представляют собой разные категории, но с позиций клинической тактики — это фактически одна группа больных, требующих единого подхода при выборе терапии (Авруцкий, Недува). Клиническая картина различных наркозависимостей и токсикоманий определяется видом применяемых наркотиков и других средств.

В динамике становления наркозависимости условно можно различать три стадии: начальную, или стадию адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или стадию завершения формирования физической зависимости (абстиненция (F1x.3), возникновение в ряде случаев психоза, полинаркомании); позднюю, или стадию истощения всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности, затяжная тяжелая абстиненция, слабоумие (F1x.73)). При наркозависимостях можно наблюдать те же, что и при алкоголизме, предпочтительные синдромы, укладывающиеся в три стадии болезни.

Одной из главных причин возникновения токсикоманий является нерациональное, неправильное лечение. Имеет значение, в частности, частый прием медикаментов, встречающийся при бессоннице, при различных неблагоприятных жизненных ситуациях, использование лекарственных средств мнительными людьми, склонными к постоянному лечению. Нередко жертвами привыкания становятся психопатические личности (F60–F69). Большое место среди веществ, вызываю-

щих токсикоманию, занимают психотропные средства: антидепрессанты, транквилизаторы, некоторые стимуляторы и снотворные. Привыкание может быть двух видов: в одном случае причиной употребления веществ является желание получить эффект эйфории, комфорта, в другом — стремление избежать плохого самочувствия, дискомфорта. В обоих случаях для получения нужного состояния приходится повторять прием вещества.

Большая литература посвящена психологической мотивации алкоголизма (F10), наркозависимостей и токсикоманий. Наркозависимости и токсикомании связаны с изменением субъективной картины мира и самооценки индивида. Братусь считает, что опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое вещество) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Короленко).

1. Атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. Вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия (тревогу, депрессивные переживания). Употребление вещества может быть направлено также на купирование внутриличностного конфликта при психогенных расстройствах.
2. Гедонистическая мотивация выступает продолжением и развитием атарактической: атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (не сниженного) настроения. Гедонистическая направленность проявляется в получении удовлетворения, чувства радости, эйфории от приема веществ на фоне обычного настроения.
3. Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на активирующем эффекте вещества. В ряде случаев оба эффекта могут действовать совместно. В качестве мотивации при этом выступает стремление вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия. С этой целью используют вещества, провоцирующие необычную, запредельную живость реакции и активность.
4. Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неумение противостоять давлению окружающих, неспособность отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя, наркотических лекарственных или ненаркотических лекарственных веществ, которая является следствием специфических личностных особенностей субъекта с чертами робости, застенчивости, конформности, тревожности.
5. Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях. Поведение индивида при этом носит характер причастности к традиции, культуре, избранному кругу лиц. При

псевдокультурной мотивации важным является не столько само употребление веществ, сколько демонстрация этого процесса окружающим.

Агрессивное поведение — адресованное другому человеку, группе лиц или собственной личности поведение, характеризующееся инициативностью и целенаправленностью. Целью агрессии является причинение вреда, нанесение ущерба, а специфическим способом достижения цели — применение силы или угроза ее применения. К признакам, квалифицирующим то или иное действие как агрессивное, относятся следующие основные черты:

1) наличие субъект-субъектного или субъект-объектного взаимодействия; вне процесса общения агрессии не существует, и в этом смысле она рассматривается как патологическая форма межличностного взаимодействия;
2) наличие признака инициативы и направленности действий против конкретного человека или объекта;
3) наличие цели или результата действий, заключающихся в причинении вреда, нанесении ущерба;
4) использование в качестве способа достижения цели непосредственного применения силы, угрозы ее применения или демонстрации превосходства в силе.

Агрессивное поведение описывается тремя группами факторов: субъектными (внутриличностными, характеризующими психическую деятельность агрессора, такими, например, как инициатива, мотивирующая агрессию эмоция гнева, относительно низкий уровень эмпатии), объектными (характеризующими степень изменения или разрушения объекта) и социально-нормативными, оценочными факторами, такими как морально-этические нормы или Уголовный кодекс.

Как правило, в исследованиях, посвященных проблеме агрессивного поведения, выделяются три группы причин, влияющих на агрессию: биологические, социальные и психологические. К биологическим факторам наиболее часто относят: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также инфекций, интоксикаций. В качестве социальных факторов, оказывающих свое воздействие на агрессивное поведение, выступают: полученное образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и другие. Среди психологических характеристик, связанных с агрессивностью как свойством личности, рассматриваются: выраженность в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, тревожности, а также склонность к дисфориям, к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, локуса контроля. Одну из центральных ролей в организации агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм.

Среди видов агрессивного поведения выделяется агрессия физическая и вербальная (словесная — угрозы, оскорбления, критика). Если для детского возраста (Хекхаузен) характерно применение физической агрессии (у детей от 3 до 10 лет

отмечается приблизительно 9 актов физической агрессии в час), то у взрослых она социализируется, приобретая социально приемлемые формы, превращаясь в агрессию вербальную. К наиболее социализированным формам вербальной агрессии относятся ирония, юмор, сатира. Агрессивное поведение бывает также гневным, мотивированным эмоцией гнева, и инструментальным, когда в рамках более общей деятельности агрессивное действие выступает в качестве инструмента, используемого для достижения какой-либо другой цели. Примерами инструментальной агрессии могут быть шантаж, взятие заложников. Агрессия подразделяется в ряде исследований на скрытую (мечты, фантазии, воображение сюжетов мести, сцен насилия, сны) и открытую, которая, в свою очередь, делится на прямую (непосредственно выражаемую адресованную лицу, спровоцировавшему агрессию), косвенную (когда вред причиняется не открыто, а косвенным путем — анонимные письма или сплетни вместо желаемой физической расправы над обидчиком) и перемещенную (со сменой объекта агрессии: вместо того, чтобы ударить обидчика, можно пнуть кресло, кошку, собаку, ребенка, хлопнуть дверью). Косвенная и перемещенная агрессия, как правило, наблюдается в тех случаях, когда лицо, спровоцировавшее агрессивные действия, защищено высоким социальным статусом, властью или физической силой.

Аммон различает три вида агрессии: конструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом), деструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом) и дефицитарную (связанную с дефицитом соответствующих поведенческих навыков и вследствие этого с недостаточным отреагированием агрессивных побуждений). Дефицитарная форма агрессии считается характерной для пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

По направлению агрессия подразделяется на экстрапунитивную (внешнеобвинительную, или гетероагрессию) и интрапунитивную, или аутоагрессию. К аутоагрессивным действиям относятся: самокалечение, самопорезы — физическая аутоагрессия, а также самокритика, самообвинения — вербальная аутоагрессия. Наиболее жестким, брутальным видом физической аутоагрессии является суицид.

Суицидальное поведение. Согласно социологической теории самоубийства Дюркгейма, суицидальные мысли появляются прежде всего в результате разрыва интерперсональных связей личности, отчуждения индивида от той социальной группы, к которой он принадлежит. Учитывая особенности этого разрыва социальных связей, он выделяет следующие типы суицидов: эгоистический, характерный для личностей, в недостаточной степени интегрированных со своей социальной группой; альтруистический, представляющий собой полную интеграцию с социальной группой, и аномический как специфическая реакция личности на тяжелые изменения в социальных порядках, приводящие к нарушению взаимных связей индивида и социальной группы. Суицид при этом определяется автором как намеренное и осознанное лишение себя жизни. В работах психоаналитического направления суицид трактуется как следствие нарушения психосексуального развития личности в результате отсутствия важных лиц на решающих стадиях раз-

вития, как метод восстановления утраченного объекта любви и воссоединения с ним.

Самоубийство рассматривается также как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов (Бачериков). При этом суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации, причем суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями субъекта, его жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью интерперсональных связей. Понятие предиспозиционной дезадаптации включает в себя снижение социально-психологической адаптированности личности в виде предрасположенности, готовности к совершению деликта. В условиях предиспозиционной дезадаптации происходит социально-психологическая дезадаптация личности, что проявляется в нарушениях поведения и различных психоэмоциональных сдвигах. При переходе предиспозиционной стадии дезадаптации в суицидальную решающее значение имеет конфликт, который понимают как сосуществование двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одна из которых составляет актуальную для личности потребность, другая — преграду на пути ее удовлетворения. Суицидогенный конфликт может быть вызван реальными причинами (у практически здоровых лиц), но может заключаться в дисгармоничной структуре личности или иметь психотический генез. Независимо от характера причин конфликт для субъекта всегда реален и поэтому сопровождается интенсивными тягостными переживаниями, как правило, с преимущественно депрессивной окраской. Конфликтная ситуация подвергается личностной переработке, в процессе которой конфликт разрешается. При его субъективной неразрешимости обычными, приемлемыми для личности способами в качестве пути разрешения может использоваться суицид.

Суициды условно подразделяются на истинные, когда в качестве цели выступает желание человека лишить себя жизни, и демонстративно-шантажные, которые применяются для оказания давления на окружающих, извлечения каких-либо выгод, манипулирования чувствами других людей. Демонстративно-шантажное поведение (Сидоров, Парняков) своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения. Описывается пять видов суицидального поведения в соответствии с доминирующими мотивами: протест; призыв к состраданию, сочувствию; избегание физических или душевных страданий; самонаказание и отказ от жизни (капитуляция). Суицид может отражать общественный обычай, своеобразную норму, правило поведения, принятое в конкретном обществе, в определенной культуре (например, японское харакири). Он может быть связан с неизлечимыми соматическими заболеваниями; с психическими расстройствами, и, наконец, суицид может наблюдаться у практически здоровых лиц, не имеющих каких-либо соматических или психических заболеваний. В последнем случае обычно возникают острые или хронические психические травмы. При суицидальных попытках, совершаемых в состоянии аффективного возбуждения лицами без психических расстройств, в большинстве случаев звучат индивидуалистические мотивы, отражающие социальную незрелость и психологическую неустойчивость. Например, частым пусковым механизмом являются обида, гнев, возмуще-

ние в ответ на недоверие, требовательность, ограничение эгоистических желаний, измену, а также неудовлетворенность притязаний, бремя ответственности. В подобных реакциях находят отражение неумение или нежелание считаться с обстоятельствами, необходимость учета интересов окружающих, неспособность к рациональному разрешению конфликтов. На вероятность совершения суицидальных действий влияют самые разнообразные факторы: индивидуальные психологические особенности человека и национальные обычаи, возраст и семейное положение, культурные ценности и уровень алкоголизации населения, время года и т. д. С определенной долей условности все известные факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, природные, медицинские, индивидуальные. Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины: если у мужчин чаще встречается самоповешение, то у женщин — отравления и ранения предплечий. У мужчин суицид чаще носит завершенный характер. Суицидальные действия встречаются практически в любом возрастном периоде. Известны данные о суицидальных попытках у детей в возрасте от 3 до 6 лет. Семейное положение и в особенности характер внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Суицидальный риск выше у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Среди суицидентов преобладают лица, воспитывавшиеся в детстве различными родителями, в интернате или имевшие только одного из родителей. Суицидоопасные состояния чаще возникают в семьях дезинтегрированных (при отсутствии эмоциональной и духовной сплоченности), дисгармоничных (с рассогласованием целей, потребностей и мотиваций членов семьи), корпоративных (когда возложенные обязанности член семьи выполняет лишь при условии такого же отношения к обязанностям других членов семьи), консервативных (при неспособности членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов) и закрытых — с ограниченным числом социальных связей у членов семьи (Постовалова). К дезадаптации и суициду ведет не столько профессиональное положение, сколько частая смена места работы и профессии. Предпринимались попытки установить зависимость частоты самоубийств от дня недели (чаще в понедельник с постепенным снижением к концу недели) и от времени суток (чаще вечером, в начале ночи и ранним утром), но данные в этом отношении противоречивы.

Душевнобольные совершают самоубийства во много раз чаще (до 100 раз), чем психически здоровые лица. Наиболее высокий суицидальный риск отмечается при реактивных депрессиях (F23.8), неалкогольных токсикоманиях (F15–F19), психопатиях (F60–F69) и аффективных психозах (F30–F39). Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей. Личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью. Повышают суицидальный риск такие противоположные качества личности, как отсутствие целеустремленности и чрезмерная настойчивость в достижении поставленной цели, аффек-

тивная неустойчивость и эмоциональная ригидность, чрезмерная общительность и недостаточная коммуникативность, повышенная и пониженная самооценка. К личностным характеристикам, облегчающим формирование суицидального поведения, Бачериков относит также аффективную логику, возбудимость, категоричность суждений, замкнутость, сенситивность, повышенную возбудимость и взрывчатость.

Сексуальные девиации (F65.9). Сексуальность человека настолько тесно связана с его психологическими особенностями, что не рассматривается изолированно, в качестве самостоятельной функции. Для обозначения развития личности, функционирующей под влиянием собственной сексуальности, используется термин «психосексуальное развитие». Это понятие не ограничивается только сексуальными ощущениями и поведением самим по себе, и оно не является синонимом либидо в том широком смысле, который вкладывал в него Фрейд. Психосексуальное развитие — один из аспектов онтогенеза, тесно связанный с общим биологическим развитием организма, особенно с половым созреванием и дальнейшим изменением половой функции. Если не рассматривать пренатальный период, то оно начинается с формирования половой идентичности младенца, причем решающую роль в этом процессе играют взрослые. Определив паспортный пол младенца, родители и другие взрослые начинают обучать ребенка его половой роли, внушая ему, что значит быть мальчиком или девочкой. Первичная половая идентичность, т. е. сознание своей половой принадлежности, формируется у ребенка уже к 1,5 годам, составляя наиболее устойчивый, стержневой элемент его самосознания. Двухлетний ребенок знает свой пол, но еще не умеет обосновать эту атрибуцию. В 3–4 года ребенок уже осознанно различает пол окружающих людей, но часто ассоциирует его с чисто внешними признаками, например с одеждой, и допускает принципиальную обратимость, возможность изменения пола. В 6–7 лет ребенок окончательно осознает необратимость половой принадлежности, что совпадает с бурным усилением половой дифференцировки поведения и установок; мальчики и девочки по собственной инициативе выбирают разные игры и партнеров в них, проявляют разные интересы, стиль поведения. Стихийная половая сегрегация (однополые компании) способствует кристаллизации и осознанию половых различий (Каган).

Помимо родителей исключительно важным агентом половой социализации является общество сверстников как своего, так и противоположного пола. Оценивая телосложение и поведение ребенка в свете своих, гораздо более жестких, чем у взрослых, критериев маскулинности/фемининности, сверстники тем самым подтверждают, укрепляют или, наоборот, ставят под вопрос его половую идентичность и полоролевые ориентации. Особенно велика роль сверстников для мальчиков, у которых полоролевые нормативы и представления обычно более жесткие, чем у девочек, и часто завышены. Это может объясняться тем, что маскулинные черты традиционно ценятся выше фемининных, или общебиологической закономерностью, по которой на всех уровнях половой дифференцировки формирование мужского начала требует больших усилий, чем женского. Отсутствие общения со сверстниками, особенно в предподростковом и подростковом возрасте, может существенно затормозить психосексуальное развитие ребенка, оставив его неподготовленным к сложным переживаниям пубертата.

Гормональные сдвиги вызывают изменения в строении тела и новые сексуальные переживания, а неравномерность физического и психосоциального развития побуждает подростка заново осмысливать и оценивать свою половую и сексуальную идентичность во всех ее соматических, психических и поведенческих проявлениях. Пубертат качественно меняет структуру полового самосознания, потому что при нем впервые обнаруживается и закрепляется уже не только половая, но и сексуальная идентичность субъекта, включая его сексуальные ориентации. Высокое самоуважение и напряженные жизненные события повышают значение сексуального поведения подростков, а недостаток опыта разнополого общения, коммуникативная некомпетентность и пониженное самоуважение снижают значение этой стороны жизни (Ньюком). Высокая сексуальная активность подростка позволяет предсказать его вовлеченность в девиантную социальную среду и в сексуально-активное окружение. Напряженные жизненные ситуации стимулируют поиск девиантной и сексуально-активной среды прежде всего путем вовлечения в такие отношения; это, в свою очередь, отражает влияние нормативных ориентаций более общей социальной среды.

Психологические факторы имеют решающее значение при оценке такого типичного явления подростковой и юношеской сексуальности, как мастурбация. Как отмечает Васильченко, старый спор о вреде или пользе мастурбации в значительной мере объясняется неверной постановкой вопроса. Существует не один, а несколько типов мастурбации, имеющих между собой весьма мало общего: детская генитальная игра, не связанная с семяизвержением и оргазмом; мастурбация периода юношеской гиперсексуальности; мастурбация как временная замена нормальной половой жизни у взрослых; вынужденная, навязчивая мастурбация, вытесняющая прочие формы половой жизни. Умеренная мастурбация в юношеском возрасте обычно носит характер саморегуляции половой функции.

Стабилизация сексуальной ориентации — не единственная задача психосексуального развития в переходном возрасте. Не менее сложной задачей является формирование способности любить, предполагающей соединение чувственности и нежности. Здоровая сексуальность включает не только принятие своей чувственности и своего «телесного Я», но и выработку целой системы нравственно-коммуникативных качеств и навыков, которые можно приобрести только в практическом общении с другими людьми. Доверительные отношения с родителями, особенно с матерью, общая эмоциональная раскованность и открытость семейных отношений, терпимое, светское отношение родителей к телу и наготе, отсутствие жестких вербальных запретов, готовность родителей откровенно обсуждать с детьми волнующие их деликатные проблемы — все эти факторы облегчают ребенку формирование здорового отношения к сексуальности (Кон). Раннее начало половой жизни ассоциируется в обыденном сознании с различными отрицательными явлениями — плохой успеваемостью, преступностью, алкоголизмом, нервно-психическими расстройствами. По данным Венера и Стюарта, общий уровень сексуальной активности у американских подростков статистически значимо коррелирует с такими действиями, как кражи, угон автомашин, вандализм и насилие; в меньшей степени — с употреблением наркотиков, курением, употреблением алкоголя.

Распространенная трудность подросткового и юношеского возраста, влияющая на сексуальное поведение, — застенчивость, которая тесно связана с интроверсией, а у мужчин нередко и с нейротизмом. Знакомство и сближение с лицами противоположного пола даются застенчивым людям гораздо труднее. Из множества свойств, различающих мужчин и женщин, для сексологии важнее всего коммуникативные и эмоциональные качества. При всех индивидуальных и культурно-исторических вариациях мужской стиль жизни чаще бывает предметно-инструментальным, а женский — эмоционально-экспрессивным. Мужской стиль общения с самого раннего детства выглядит более активным и предметным, но одновременно и более соревновательным и конфликтным, чем женский. Какие бы культурные среды ни рассматривались, мужская сексуальность выглядит более агрессивной, напористой, инструментальной, экстенсивной, возбудимой и несдержанной. Большая экстенсивность мужской половой жизни означает меньшую эмоциональную вовлеченность и психологическую интимность. Айзенк констатирует тесную зависимость стиля половой жизни от типа личности. По его данным, экстраверты раньше интровертов и амбивертов начинают половую жизнь, чаще имеют сексуальные контакты, с большим числом партнеров и в более разнообразных формах; они придают больше значения эротической любовной игре, быстрее привыкают к сексуальным стимулам и больше ориентированы на смену партнеров, ситуаций. Экстравертам легко дается сближение с лицами противоположного пола, они более гедонистичны, получают больше удовлетворения от своей сексуальности и не испытывают в связи с ней тревог или сомнений. Сдержанные и заторможенные интроверты тяготеют к более индивидуализированным, тонким и устойчивым отношениям, что часто сопряжено с психологическими проблемами и трудностями. Лица, страдающие психозами, имеют высокие показатели по либидо и маскулинности, предпочитают безличную половую жизнь, переживают сильное половое возбуждение и не признают никаких социальных и моральных ограничений. Однако они редко удовлетворены своей половой жизнью и часто склонны к девиантному поведению, включая групповые сексуальные отношения, их установки отличаются грубой биологизацией пола в противоположность романтическим ценностям. Больные неврозами (F40–F48) часто имеют сильное либидо, но не могут удовлетворить его из-за выраженного чувства вины и тревоги по поводу своей сексуальной активности, а также трудностей в общении. Показатели сексуальной удовлетворенности у них ниже, чем во всех остальных группах. Половая жизнь часто кажется им опасной и отвратительной, а собственные влечения — ненормальными. Здесь чаще всего встречаются такие психосексуальные проблемы и нарушения, как аноргазмия (F52.3) и фригидность (F52.0) у женщин, преждевременная эякуляция (F52.4) и импотенция (F52.2) у мужчин. К сексуальным девиациям относят отклонения от общепринятых форм полового поведения, не являющиеся патологическими. Сексуальные девиации — любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы; при этом в понятие нормы включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера. В отличие от сексуальных девиаций под сексуальными перверзиями (F66) понимают стойкие

патологические извращения полового влечения, касающиеся объекта его направленности (тот же пол, животные, дети) или способа его удовлетворения.

Перверзии принято разделять на истинные и ложные. К истинным перверзиям относят случаи, когда извращенный способ удовлетворения влечения является единственно приемлемым или наиболее предпочтительным. При ложных перверзиях извращенный способ применяется только в определенных ситуациях, например когда нормальное половое сношение неосуществимо. Истинные перверзии могут быть ограничены лишь теми случаями, где нормальная половая жизнь совершенно неприемлема и перверзный путь является единственно возможным для удовлетворения полового влечения.

Транзиторные сексуальные девиации у подростков внешне могут выглядеть как перверзии, но всегда бывают не только ситуативно обусловленными, но и вообще преходящими — с возрастом и с началом нормальной половой жизни они исчезают. Эти девиации не относятся не только к истинным, но даже и к ложным перверзиям — последние на протяжении жизни часто рецидивируют. Лишь в некоторых неблагоприятных случаях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации, начавшись в подростковом возрасте, могут сохраняться наряду с нормальной половой жизнью или возобновляться при ее вынужденном прерывании, т. е. переходить в ложные перверзии. Сексуальные девиации в подростковом возрасте могут быть эпизодическим явлением, не требующим врачебного вмешательства. Они же, как и перверзии, могут быть одним из проявлений нарушений поведения при психопатиях или же могут выступать в качестве одного из симптомов в картине психического заболевания.

Онанизм (мастурбация) в подростковом возрасте далеко не всегда является патологическим. Мастурбацию периода юношеской гиперсексуальности связывают с тем, что при акселерации развития физическая зрелость, включая сексуальную, достигается значительно раньше, чем зрелость психологическая и сексуальная. Не следует также рассматривать как патологическое явление «групповой», «совместный», «подражательный» онанизм у подростков, встречающийся в младшем и среднем подростковом возрасте и тесно сопряженный с подростковой реакцией группирования. Однако взаимный онанизм может быть первым проявлением гомосексуальных склонностей (Личко). Таким образом, онанизм у подростков в настоящее время не принято рассматривать как патологическое явление, если только он начинается не ранее, чем возможны эякуляции, не достигает чрезмерной интенсивности, не сочетается с невротическими симптомами и не сопровождается депрессивной реакцией.

Петтинг является формой удовлетворения полового влечения, промежуточной между онанизмом и настоящим половым актом. Он заключается в соприкосновении гениталий и совместных фрикциях вплоть до оргазма. Сам по себе петтинг не рассматривается как патологическая сексуальная девиация, если он не сопряжен с другими сексуальными нарушениями.

Ранняя половая жизнь расценивается как патологическая сексуальная девиация, только если начинается до того, как наступило достаточное физическое развитие. Часто она встречается при гипертимной акцентуации. Неустойчивые подростки легко обогащаются сексуальным опытом в асоциальных компаниях, хотя

само влечение у них не отличается силой. Подростковый промискуитет, т. е. частые половые сношения с непрерывной сменой партнеров, нередко сочетается с ранней алкоголизацией, особенно у девочек. В состоянии алкогольного опьянения чаще наступает пассивная подчиняемость более старшим партнерам, в асоциальных компаниях срабатывает реакция имитации, реже возникает действительное растормаживание сексуального влечения. Как показали исследования, если в подростковом возрасте, особенно у девочек, наблюдался промискуитет, то в дальнейшем, при повзрослении, у многих может сохраняться потребность в постоянной смене сексуальных партнеров; при этом обнаруживается неспособность удовлетвориться постоянной связью, что мешает созданию прочной семьи. Таким образом, промискуитет становится привычным, получает сходство с перверзией.

Транзиторный подростковый гомосексуализм (F66х.1) проявляется в закрытых учебных заведениях, где сосредотачиваются подростки одного пола. У старших подростков он бывает вызван сильным влечением при отсутствии объектов противоположного пола, у младших — реакцией группирования, имитации, подражанием, а иногда и понуждением со стороны более старших. Причиной транзиторного гомосексуализма является свойственная периоду становления полового влечения его малая дифференцированность. Транзиторный подростковый гомосексуализм чаще встречается при эпилептоидной и шизоидной акцентуации (активная форма), а также у лабильных и неустойчивых подростков (пассивная форма). Другие транзиторные сексуальные девиации в подростковом возрасте встречаются реже. К ним относятся подглядывания за обнаженными чужими гениталиями (вуайеризм (F65.3)), выставление напоказ собственных половых органов (эксгибиционизм (F65.2)), манипулирование над половыми органами маленьких детей или животных, переодевание в одежду противоположного пола и др. Если подобные действия повторяются раз за разом и сопровождаются оргазмом, то в силу условно-рефлекторного механизма может установиться стойкая привычка и транзиторная девиация превратится в перверзию.

Гиперсексуальность может способствовать формированию подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверзий. Она характеризуется значительным повышением ценности сексуальной жизни для человека с вытеснением других ценностей. В случае девиаций гиперсексуальное поведение становится не только средством для достижения удовлетворения, но и самоцелью. Противоположностью гиперсексуальности является асексуальное девиантное поведение, при котором человек снижает значимость и ценность сексуальной жизни или отрицает ее полностью и исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Асексуальность часто сочетается с особенностями характера в виде акцентуаций и патологических вариантов шизоидной или зависимой (астенической) направленности.

Садизм (F65.5), мазохизм (F65.5) и садомазохизм (F65.5) являются близкими друг к другу сексуальными девиациями, поскольку сопряжены с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, либо и на того и на другого вместе. Садизм — это получение сексуального удовлетворения от применения силы по отношению к сексуальному партнеру. Мазохизм, напротив, определяется

как получение сексуального удовлетворения от применения силы по отношению к собственной личности со стороны партнера.

Профилактика отклоняющегося поведения. Индивидуальная профилактическая работа должна быть направлена на два относительно самостоятельных, но взаимосвязанных между собой объекта: 1) на криминогенную среду конкретной личности и 2) на саму личность с отклоняющимся поведением. Воздействие на криминогенную среду, как правило, является не столько психологической задачей, сколько правовой, социальной и социально-психологической. Воздействие на личность предполагает решение двух основных задач: а) структурно-содержательную перестройку ее мотивационной сферы (стратегическая задача) и б) коррекцию конкретной мотивации субъекта в характерной для него криминогенной ситуации (тактическая задача). Индивидуальная профилактика возможного преступного поведения представляет собой конкретизацию общепсихологических и специально-криминологических мер в отношении отдельного лица или группы конкретных лиц.

Антонян считает целесообразным применение поэтапной программы индивидуальной профилактики, связанной с воздействием на мотивационную сферу личности, которая осуществляется в следующих ситуациях.

1. В «латентной» ситуации лишь формируются мотивы вероятных антиобщественных действий или возникает реальная угроза появления таких мотивов. На этапе формирования антисоциальной направленности единичные малозначительные проступки, как правило, не могут служить основанием для применения дисциплинарных, административных и других правовых мер воздействия. Однако в этом случае не только допустимы, но и необходимы меры воспитательного характера, направленные на коррекцию системы отношений, ценностных ориентаций личности, а по отношению к среде — совокупность мер, устраняющих и нейтрализующих ее криминогенный потенциал. Ранняя профилактика осуществляется семьей, учителями, воспитателями, наставниками, руководителями, учебным или производственным коллективом, а в случае необходимости и правоохранительными органами. В «латентной» криминогенной ситуации часто оказываются дети и подростки. Подобные ситуации складываются преимущественно в так называемых неблагополучных семьях, которые вследствие этого должны быть объектом повышенного внимания.

2. В «предпреступной» ситуации поведение субъекта в дополнение к негативным мотивационным сдвигам характеризуется относительно устойчивой аморальностью и противоправностью. Индивид совершает социально порицаемые проступки, дисциплинарные и административные правонарушения, нередко стоящие на грани преступления. Индивидуальные меры профилактики строятся в этом случае на применении не только мер убеждения, но и мер принуждения в рамках общественной, дисциплинарной и административной ответственности. Указанные меры больше тяготеют к непосредственной профилактике и даже к пресечению преступлений. Они применяются не только воспитателями, руководителями и коллективами, но и товарищескими судами, комиссиями по делам несовершеннолетних, милицией и другими правоохранительными органами.

3. В «преступной» ситуации в отношении субъекта уже ведется уголовное дело. Совершенное преступление и прогностические выводы о возможных путях исправления правонарушителя и предупреждения рецидива обусловливают содержание и форму воздействий. В их структуре доминируют меры уголовно-процессуального и уголовно-правового характера, реализация которых в процессе следственных действий и судебного разбирательства подчинена исправлению и перевоспитанию правонарушителя, профилактике рецидива. Они применяются дознавателями, следователями, прокурором и судом.

4. «Постпреступная» ситуация индивидуальной профилактики, как правило, связана с нахождением осужденного в местах лишения свободы. В целях перевоспитания виновного и предупреждения рецидива здесь особенно важно выявление мотивов совершенного преступления и принятие мер к их устранению. Такие меры применяются работниками исправительно-трудовых колоний, наблюдательными комиссиями при муниципальных органах власти и самодеятельными организациями осужденных. Индивидуальная профилактика рецидива осужденных после их освобождения проводится различными государственными и правоохранительными органами, администрацией предприятий и учреждений, общественностью. При этом используется весь возможный арсенал профилактических мер.

Объективная заданность внешних криминогенных факторов не всегда позволяет в процессе индивидуальной профилактики возможного преступного поведения конкретных лиц ликвидировать многие реально действующие условия и причины. В этих случаях принимаются меры по ослаблению или нейтрализации их криминогенного влияния, а иногда по блокированию механизма их действия на определенного человека или компенсированию негативных влияний факторами антикриминогенного характера. Набор криминогенных факторов в каждом конкретном случае уникален, но на массовом уровне их совокупность подчиняется общим и частным статистическим закономерностям. Индивидуальная профилактика преступного поведения должна строиться в плане последовательного устранения объективных негативных явлений социально-экономического, идеологического, социально-психологического характера.

Контрольные вопросы

1. Реактивные состояния, которые проявляются преимущественно нарушением поведения и ведут к социально-психологической дезадаптации, называются:

❶ патохарактерологические реакции;

❷ характерологические реакции;

❸ адаптивные реакции;

❹ невротические реакции.

2. Непатологические нарушения поведения, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями, называются:

❶ адаптивные реакции;

❷ характерологические реакции;

❸ патохарактерологические реакции;

❹ невротические реакции.

3. Становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов, — это:

❶ психопатия;

❷ патохарактерологическая реакция;

❸ психогенное патологическое формирование личности;

❹ акцентуация характера.

4. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью расстройств, препятствующие полноценной социальной адаптации субъекта, — это:

❶ патохарактерологические реакции;

❷ психопатии;

❸ психогенные патологические формирования личности;

❹ акцентуация характера.

5. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе правовых норм, обозначаются как:

❶ саморазрушающее поведение;

❷ делинквентное поведение;

❸ криминальное поведение;

❹ аддиктивное поведение.

6. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе морально-этических норм, обозначаются как:

❶ делинквентное поведение;

❷ криминальное поведение;

❸ компульсивное поведение;

❹ саморазрушающее поведение.

7. Форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксация на определенных видах деятельности, — это:

❶ компульсивное поведение;

❷ аддиктивное поведение;

❸ делинквентное поведение;

❹ саморазрушающее поведение.

Глава 17

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КЛИНИКЕ

Основные понятия

Развитие современной научной психотерапии осуществляется на основе различных теоретических подходов, анализа и обобщения результатов эмпирических исследований клинических, психофизиологических, психологических, социально-психологических и других аспектов изучения механизмов и эффективности психотерапевтических вмешательств. Не умаляя значения клинических основ психотерапии, следует подчеркнуть, что и объект воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, т. е. психотерапия использует психологические средства воздействия в лечебных целях и направлена на достижение прежде всего определенных психологических изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах.

В этой главе нет описания конкретных методов и приемов психотерапии. Ее задача — изложить психологические основы психотерапии, показать обусловленность специфики и характера психотерапевтических воздействий в основных направлениях психотерапии соответствующей психологической теорией. Психотерапия рассматривается в контексте психологических воздействий (вмешательств), которые широко используются не только в клинике, но и в других областях человеческой практики (педагогической, производственной, организационной).

Подход к психотерапии как к одной из функций или целей психологического воздействия в клинике подчеркивает роль научной психологии — теоретической основы психотерапии. Наряду с лечением, которое является основной, но не единственной целью (или функцией) психологического воздействия в клинике, можно также назвать такие цели, как профилактика и реабилитация. В этом смысле понятие «психотерапия» можно рассмотреть как более частное по отношению к понятию «психологическое воздействие (вмешательство)». Для обоснования подобной позиции далее будет рассмотрен ряд основных понятий психотера-

пии, а также соотношение таких понятий, как «психотерапия» и «психотерапевтическое вмешательство», «психологическое и клинико-психологическое вмешательство», «психологическая коррекция», «психологическое консультирование».

Определение психотерапии. Единого определения психотерапии в настоящее время не существует. Это связано со стремлением представителей разнообразных направлений и школ, основанных на различных теоретических подходах, дать собственное определение психотерапии, соответствующее взглядам авторов. Трудности в выработке определения вызваны также и различными подходами к пониманию самого термина «психотерапия». Психотерапия традиционно понимается дословно как лечение души (от греч. *psyche* — душа, *therapeia* — лечение), иными словами, при таком подходе фиксируется *объект* воздействия — психика. Однако душевные болезни (психические расстройства) и их лечение — это область психиатрии. В этом случае психотерапия становится частью психиатрии, причем довольно ограниченной, поскольку лечение психических заболеваний, лечебное воздействие на психику может осуществляться и по-иному, в частности фармакологически или хирургически. Другой подход к пониманию термина «психотерапия» акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на *средствах* воздействия. Следует отметить, что в русском языке сходные по образованию термины — например, «физиотерапия», «фармакотерапия», «иглотерапия» и пр. — также указывают не на объект, а на средства воздействия: «физиотерапия» — воздействие, лечение физическими средствами; «фармакотерапия» — лечение медикаментозными средствами и т. д. В этом случае психотерапия может пониматься как лечебное воздействие психологичекими средствами.

В отечественной литературе в большей степени представлен первый подход. Психотерапия определяется прежде всего как система лечебных воздействий, входящих в компетенцию медицины. Эти определения включают понятия; лечебные воздействия, больной, здоровье, болезнь, организм и подчеркивают объект воздействия. В качестве примера можно привести следующие определения. Психотерапия — это:

- «система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека»;
- «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;
- «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

В зарубежной литературе определения психотерапии в большей степени связаны с ее психологическими аспектами, включают понятия: «межличностное взаимодействие», «психологические средства», «психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, средства воздействия». В качестве примера можно привести следующие определения. Психотерапия — это:

- «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера»;
- «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;
- «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался по коррекции человеческих взаимоотношений»;
- «персонализованная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека и познавательным процессом, который в отличие от любого другого ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями».

Попытка объединить оба этих подхода находит отражение в определении психотерапии, предложенном Кратохвилом: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Ответить четко на вопрос, что же такое «психотерапия» — воздействие на психику и через психику на организм или же воздействие психологическими средствами, достаточно трудно. Процесс развития психотерапии как самостоятельной научной дисциплины внесет большую определенность и в сам этот термин. Тем не менее понимание психотерапии как процесса, специфика которого заключается в использовании психологических средств воздействия, кажется более обоснованным. При этом понятие «лечебное, психотерапевтическое воздействие» (вмешательство, интервенция) необходимым образом входит практически во все самые различные определения психотерапии.

Психологические вмешательства. Психология и медицина применяют различные виды вмешательств (интервенций). Перре и Бауманн подразделяют все виды интервенций, используемых в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические (хирургия), физические (физиотерапия) и психологические (психотерапия).

Психологические интервенции, в свою очередь, делятся на педагого-психологические (педагогическая психология), трудовые и организационно-психологические (психология труда и организационная психология) и клинико-психологические (клиническая психология).

Интервенции в медицине	*Психологические интервенции*
1. Медикаментозные (фармакотерапия)	1. Педагого-психологические (сфера педагогической практики — педагогическая и возрастная психология)

2. Хирургические (хирургия)	2. Организационно-психологические (сфера организации труда — психология труда и организационная психология)
3. Физические (физиотерапия)	3. Клинико-психологические (сфера клинической практики — клиническая психология)
4. Психологические (психотерапия)	

В области педагогической и воспитательной практики при работе с детьми и подростками в настоящее время используется широкий спектр психологических вмешательств. К ним относятся активные методы обучения; тренинги уверенности в себе, креативности, развития различных способностей, умений и навыков, мышления, памяти, внимания; тренинги коммуникативных навыков; индивидуальное консультирование детей и подростков по психологическим проблемам; психологическое сопровождение учебного процесса; групповая работа с детьми, ориентированная как на улучшение психологического климата в классе или в школе, решение внутригрупповых или межгрупповых конфликтных ситуаций, так и на переработку характерных для данного возраста индивидуальных психологических проблем и пр. В эту же сферу входят психологическое консультирование и тренинги для учителей и родителей, в частности направленные на оптимизацию взаимодействия между детьми, родителями и учителями или взаимодействия с агрессивными детьми.

В области организации труда (психология труда и организационная психология) удельный вес и значение психологических вмешательств стремительно нарастают. Активные методы обучения; разнообразные тренинги, направленные на повышение компетентности в сфере профессионального общения (особенно в таких сферах деятельности, где общение является важным аспектом профессиональной успешности); тренинги уверенного поведения и креативности, формирования команды и эффективных подходов к решению проблем; управленческие тренинги и деловые игры; индивидуальное консультирование по вопросам управления и психологическое сопровождение играют все большую роль в системе подготовки и усовершенствования специалистов.

Клинико-психологические и психотерапевтические вмешательства. Психологические интервенции в клинической области (в медицине) обозначаются как клинико-психологические интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешательства, т. е. психотерапии. Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция, — это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия — методов. Термин «психотерапевтическое вмешательство» может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана

с теоретической ориентацией (прежде всего с пониманием природы того или иного расстройства, целями и задачами психотерапии). Однако функции клинико-психологических вмешательств в клинике не ограничиваются только собственно психотерапией.

С точки зрения Перре и Бауманна, клинико-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой, в качестве которой выступает теоретическая психология; 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. Рассмотрим подробнее основные характеристики клинико-психологических интервенций в связи с психотерапией.

Методы клинико-психологических интервенций — это психологические средства, которые выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты, и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на изменение состояния организма. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия.

Существующие подходы к классификации методов психотерапии значительно отличаются и отражают различные основания или критерии классификации. В одних отражены конкретные психотерапевтические методы, в других — направленность, в третьих — самостоятельные психотерапевтические направления. В качестве оснований для классификации в одних случаях рассматривается цель психотерапевтического воздействия, в других — психологические структуры, к которым это воздействие обращено, в третьих — инструменты воздействия. Разноуровневый характер этих оснований обнаруживается не только при сопоставлении различных классификаций, но даже внутри некоторых из них. Например, в первой из приведенных классификаций выделяется рациональная психотерапия (в качестве основания для классификации избираются психологические, психические феномены, к которым обращена психотерапия), но при этом более частные методы суггестивной психотерапии включаются как самостоятельные (речь идет о конкретных приемах и техниках) или, там же, выделяется коллективная и групповая психотерапия (основа — инструменты воздействия). В этом случае такая классификация должна включать и индивидуальную психотерапию, но ее в данной классификации нет. Таким образом, сам термин «метод» в психотерапии понимается неоднозначно.

На многообразие значений понятия «психотерапевтический метод» обращают внимание многие авторы. Польским психотерапевтом Александровичем была предпринята попытка проанализировать те значения, в которых используется поня-

тие «метод» в психотерапии. На основании анализа литературы он выделил четыре уровня, или четыре плоскости, использования этого термина:

1-й уровень — методы психотерапии как *конкретные методические приемы* или техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика);

2-й уровень — методы психотерапии, определяющие условия, в которых протекает психотерапия и которые должны способствовать оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия, стационарная и амбулаторная психотерапия);

3-й уровень — методы психотерапии в значении основного инструмента психотерапевтического воздействия (индивидуальная и групповая психотерапия; в первом случае инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевт, во втором — психотерапевтическая группа);

4-й уровень — методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Представляется, что понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это собственно методы как конкретные техники и приемы, 2-й уровень отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает), 3-й уровень — формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий) и 4-й уровень — теоретические направления.

Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Сходных взглядов в отношении функций или целей клинико-психологических интервенций придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основные цели психологической интервенции в клинике в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактика, терапия и реабилитация. Клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии (и реабилитации), является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину «психотерапия».

Таким образом, понятие «клинико-психологическая интервенция» является более общим по отношению к понятию «психотерапия» («психотерапевтическая интервенция»). Психологические вмешательства, не являющиеся собственно психотерапевтическими, играют важную роль также в *профилактике* и *реабилитации*. Ведущая роль клинико-психологических вмешательств в психопрофилактике, профилактике нервно-психических и психосоматических заболеваний очевидна. Она состоит в выявлении контингентов риска и в разработке соответствующих профилактических мероприятий, работе с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями, с лицами, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями (низкой самооценкой, высоким уровнем тревоги, ригидностью, повышенной чувствительностью к стрессу, низкой фрустрационной толерантностью), повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических рас-

стройств. Наряду с собственно психопрофилактикой клинико-психологические вмешательства играют важную роль и в профилактике других соматических заболеваний. Профилактические мероприятия, как правило, требуют от человека более четкого, чем обычно, контроля за своим физическим и психическим состоянием, соблюдения определенного режима труда и отдыха, отказа от вредных привычек, частичного изменения привычных стереотипов поведения, поддержания того, что называется здоровым образом жизни. Часто необходимы регулярное применение фармакологических средств, проведение определенных лечебно-профилактических процедур. Все это может быть реализовано человеком при определенной организованности, понимании необходимости выполнения всего комплекса профилактических мероприятий, а главное, активной вовлеченности в этот процесс и наличии высокой и адекватной мотивации к такого рода поведению. Формирование мотивации и активной вовлеченности человека в профилактику с учетом его личностных особенностей и предрасположенности к тому или иному заболеванию также предполагает клинико-психологические вмешательства. Современное понимание реабилитации как системы государственных, социально-экономических, медицинских, психологических, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество, к трудовой деятельности, также диктует необходимость широкого использования клинико-психологических воздействий в реабилитационной практике. Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации прежде всего направлены на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса больного (Кабанов). При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя, по сути дела, функцию психотерапии (лечения). При тяжелых хронических болезнях возникает множество проблем психологического и социально-психологического характера, требующих использования клинико-психологического вмешательства: реакция личности на болезнь, неадекватное отношение к болезни (недооценка или переоценка своего заболевания, чрезмерная эмоциональная реакция, пассивность, формирование необоснованно широкого ограничительного поведения), которая может оказывать существенное влияние на процесс лечения и реабилитации в целом. Психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания меняют привычный образ жизни человека. Это может приводить к изменению социального статуса, снижению работоспособности, проблемам в семейной и профессиональной сферах, частичной невозможности удовлетворения значимых потребностей, неверию в собственные силы, неуверенности в себе, отрицанию существующих возможностей и собственных ресурсов, сужению интересов и круга общения, дефициту жизненных перспектив. Так же как и в профилактике и лечении, успешность реабилитационных мероприятий во многом зависит от активности самого пациента и наличия адекватной мотивации. Кроме

«личностного блока» клинико-психологические вмешательства играют важную роль (возможно, более важную, чем какие-либо другие, например фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

Развитие рассматривается как одна из самостоятельных функций клинико-психологических вмешательств далеко не всеми авторами и понимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реабилитация наряду с собственными прямыми функциями (лечебной, профилактической, реабилитационной) способствуют также личностному развитию и гармонизации личности за счет совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутриличностных и межличностных конфликтов, развития новых, более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования, более точного понимания других людей и межличностного взаимодействия в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост, развитие личности выступают как одна из важнейших задач психотерапии. Таким образом, с одной стороны, функция развития для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций в клинике) является вторичной, дополнительной. С другой стороны, психологическое консультирование в клинике (например, консультирование пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящих собственно психотерапевтического лечения, а обратившихся за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием) способствует новому ви́дению человеком самого себя и своих проблем и конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения. В дальнейшем это может привести к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческих сферах и способствовать развитию личности.

Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизацию личности, развитие личностных ресурсов), так и на конкретные более близкие цели (преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков). Однако при этом всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, которые кроме выбора средств определяют общую стратегию воздействий.

Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций (и психотерапевтических) состоит в том, что они опираются на определенные теории научной психологии. В современной психотерапии, особенно в настоящее время в России, теоретические проблемы приобретают важнейшее значение. С одной стороны, это обусловлено распространением разнообразных методов психотерапии, широко использующихся в практике, но при этом не всегда имеющих соответствующую теоретическую базу. С другой стороны, и при обоснованно-

сти метода теоретической концепцией она нередко в полной мере не осознается даже профессиональными психотерапевтами. Поэтому для врачей формирование адекватных представлений о психологических основах психотерапии имеет особое значение.

Любая область медицинских вмешательств основывается на знаниях о норме и патологии (например, нормальная анатомия и патологическая анатомия, нормальная физиология и патологическая физиология). Научно обоснованная психотерапевтическая система также имеет в своей основе два предшествующих звена, раскрывающих содержание понятий «норма» и «патология». Концепция нормы — это представления о здоровой личности, т. е. психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования человеческой личности. Концепция патологии — это понимание возникновения личностных нарушений (в частности, происхождения невротических расстройств), рассматриваемое в рамках соответствующих представлений о норме.

Цели и задачи психотерапии, механизмы ее лечебного действия, стадии, тактики и стратегии психотерапевта, конкретные техники и прочее обычно рассматриваются на модели невротических расстройств (F40–F48), поскольку психогенный характер этих нарушений обусловливает необходимость использования психотерапии в качестве основного метода лечения, что предполагает ее реализацию в виде наиболее полной, глубокой и целостной модели.

Таким образом, в качестве научной основы психотерапии выступают научная психология, психологические теории и концепции. Теоретические представления, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология», определяют цели и задачи, характер и специфику психотерапевтических воздействий. При всем разнообразии психотерапевтических подходов существуют три основных направления в психотерапии соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности, ее нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. Так, в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а личностные расстройства и невроз (F40–F48) понимаются как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. В этом случае основной целью психотерапии является достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Представители поведенческого направления фокусируют внимание на поведении. Здоровая личность характеризуется адаптивным поведением (норма — это адаптивное поведение), а невроз или личностные расстройства рассматриваются как результат неадаптивного поведения, сформировавшиеся в результате неправильного научения. Из этого следует, что целью психологического вмешательства является научение или переучивание, т. е. замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Гуманистическое, или «опытное», направление в качестве основной человеческой потребности рассматривает потребность в самореализации и само-

актуализации. Невроз является следствием невозможности самоактуализации, блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью и адекватностью Я-концепции. В этом случае цель психологического вмешательства — создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий принятию себя и личностной интеграции, что обеспечивает самоактуализацию.

Эмпирическая проверка (эвалуация) клинико-психологических интервенций связана с изучением их эффективности. Научная оценка эффективности психотерапевтических воздействий является чрезвычайно важной проблемой. Ответить на вопрос об эффективности того или иного метода психотерапии или психотерапевтического подхода могут не самоотчеты отдельных пациентов, а научные исследования, проведенные на репрезентативной выборке и соответствующие определенным требованиям (четкое определение метода психотерапии, гомогенность материала, случайная выборка, наличие независимых экспертов, разделений функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, наличие контрольных групп и пр.). К сожалению, далеко не все психотерапевтические методы, использующиеся в практике, имеющие широкую известность, подвергались эмпирической проверке (и еще меньшее количество смогло бы ее выдержать). В ряде зарубежных стран таким инструментом контроля за качеством является страховая система в здравоохранении — страховые кассы, оплачивающие только те методы, эффективность которых была доказана эмпирически на основании строгих научных исследований.

Профессиональные действия — еще одна характеристика клинико-психологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, профессионалами, подготовленными в области клинической психологии и психотерапии врачами, психологами и социальными работниками.

Перре и Бауманн отмечают, что три последние характеристики (теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка и профессиональные действия) являются существенными для разграничения клинико-психологических интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, не подвергаются эмпирической проверке. Исходя из понимания психотерапевтического вмешательства как общей стратегии поведения психотерапевта, непосредственно связанной с теоретической ориентацией, можно выделить три основных его типа, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями и соответствующими плоскостью, приемами и средствами вмешательства.

Психологическая коррекция. Термин «психологическое (клинико-психологическое) вмешательство» широко распространен в зарубежной литературе, у нас

используется еще редко. Более употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида. Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 70-х гг. прошлого века. В это время психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего групповой. Дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили преимущественно теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время более подготовлены к такого рода деятельности, особенно в качестве групповых психотерапевтов. Но поскольку психотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование, то распространение термина «психологическая коррекция» было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог — психологической коррекцией. Появились также и другие термины: «неврачебная психотерапия», «внеклиническая психотерапия», «психологическая психотерапия». За рубежом более употребительным обозначением деятельности психолога в области психотерапии стал термин «психологическая психотерапия», в нашей стране — «психологическая коррекция». Однако вопрос о соотношении понятий «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым, и в настоящее время можно лишь указать две основные точки зрения на этот вопрос.

Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия», однако при этом не учитывается, что психологическая коррекция как целенаправленное психологическое воздействие реализуется не только в медицине (где можно указать по меньшей мере три основные области ее применения: психопрофилактика, собственно лечение — психотерапия и реабилитация), но и в других сферах человеческой практики, например в педагогике, организации труда. Даже обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию. Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, особенно при осуществлении вторичной и третичной профилактики. Однако такое жесткое ограничение сферы применения в медицине психологической коррекции представляется в известной степени искусственным. Во-первых, если подобные представления оказываются более или менее убедительными в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов (F40–F48) полностью развести понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удается. Невроз — это заболевание в динамике, и не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в значительной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вторых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и со-

циального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии — одного из компонентов лечебного процесса. Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания обусловливает направленность методов психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии.

Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих в качестве его последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных психотерапевтических систем, направленных на личностные изменения). Однако и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психопрофилактики, которые взаимопересекаются.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция и психологическое вмешательство понимают как целенаправленное психологическое воздействие. Психологическая коррекция и психологическое вмешательство реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологические вмешательства в медицине (клинико-психологические вмешательства) выполняют функции профилактики, лечения, реабилитации и развития. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают. Также требуют разграничения понятия «психологическая (клинико-психологическая) коррекция» и «психологическое (клинико-психологическое) вмешательство)» с понятием «психотерапия»: психотерапия является одной из функций или одной из целей психологической коррекции или психологического вмешательства в клинике (клинико-психологического вмешательства).

Психологическое консультирование. Единого понимания этого термина также не существует. В самом общем виде консультирование понимается как профессиональная помощь человеку или группе людей (например, организации) в поиске путей разрешения или решении определенной трудной или проблемной ситуации и в настоящее время широко используется в различных сферах челове-

ской практики: школьном консультировании, семейном консультировании, профессиональном консультировании, организационном консультировании. Все эти виды консультирования, как правило, включают и психологические и социально-психологические аспекты, связанные с межличностным взаимодействием, групповой динамикой, психологическими аспектами управления. Собственно психологическое консультирование традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера. Существуют три основных подхода к психологическому консультированию: а) проблемно-ориентированное консультирование, фокусирующееся на анализе сущности и внешних причин проблемы, поиске путей ее разрешения; б) личностно-ориентированное консультирование, направленное на анализ индивидуальных, личностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей предотвращения их в будущем; в) консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы. Очевидно, что личностно-ориентированное консультирование по своей направленности близко к психотерапии.

Трудно провести четкую границу между понятиями «психологическое консультирование» и «психотерапия». Определение психотерапии как работы с больными, а консультирования — со здоровыми удовлетворяет не полностью даже формальному критерию. Психологическое консультирование используется и в медицине (например, психологическое консультирование беременных или пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившихся за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием), а психологическая работа с лицами, имеющими серьезные личностные проблемы, содержательно ничем не отличается от психотерапии.

Большинство авторов подчеркивают скорее сходство между психотерапией и психологическим консультированием. Психотерапия и психологическое консультирование: а) используют психологические средства воздействия; б) выполняют в основном функции развития и профилактики (а иногда — и лечения и реабилитации); в) имеют своей целью достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эффективности; г) содержат в качестве своей научной основы психологические теории; д) нуждаются в эмпирической проверке (изучении эффективности); е) осуществляются в профессиональных рамках. В отношении различий между психотерапией и консультированием существуют различные взгляды. Так, Нельсон-Джоунс рассматривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Автор выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией (например, преодоление тревоги или страха) и с развитием (например, развитие коммуникативных навыков). С его точки зрения, консультирование преимущественно является коррекционным. Коррекционные цели обеспечивают выполнение профилактических функций. Развитие связано с задачами, которые человеку необходимо решать на различных этапах своей жизни (профессиональное само-

определение, отделение от родителей, начало самостоятельной жизни, создание семьи, реализация собственных возможностей, раскрытие ресурсов). Большое значение придается также повышению личной ответственности за собственную жизнь. Конечная цель консультирования — научить людей оказывать помощь самим себе и таким образом научить их быть своими собственными консультантами. Нельсон-Джоунс видит различия между психотерапией и психологической коррекцией в том, что психотерапия делает акцент на личностном (личном) изменении, а консультирование — на помощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни. Он также подчеркивает, что в отличие от психотерапии бóльшая часть информации, полученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в интервалах между занятиями, а также в периоды, когда люди пытаются помочь себе сами после окончания консультирования.

Существует точка зрения, согласно которой основное отличие психологического консультирования от психотерапии состоит в том, что клиент (здоровый или больной человек, предъявляющий проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора) воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы. Такая позиция представляется не слишком оправданной. В психотерапии пациент или клиент в подавляющем большинстве случаев также является дееспособным субъектом, а проблеме личной ответственности отводится чрезвычайно важная роль и в процессе психотерапии.

Перре и Бауманн, рассматривая соотношение психологического консультирования и клинико-психологической интервенции (и психотерапии как одной из ее функций), указывают: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия (т. е. методов) на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за помощью); б) психологическое консультирование в медицине выполняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в рамках консультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но решение и изменения осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоятельно; г) в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии — сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специалистом.

Таким образом, психотерапия и психологическое консультирование могут рассматриваться как виды психологического вмешательства, направленные на достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, и различаются по следующим признакам: 1) функции: психотерапия выполняет функцию лечения и частично реабилитации, а психологическое консультирование — профилактики и развития (естественно, что речь идет о преимущественной направленности психотерапии и психологического консультирования, так как в ряде случаев эти функции могут пересекаться); 2) средства воздействия: информирование как ведущий прием в консультировании; 3) цели: направленность психотерапии на более глубокие личностные изменения и консульти-

рования — на помощь человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни; 4) продолжительность воздействий: консультирование может ограничиваться 1–5 сеансами; 5) место изменений: в консультировании — по его окончании, в психотерапии — в ее процессе; 6) степень самостоятельности клиента: в консультировании изменения происходят без сопровождения консультанта, в психотерапии — с сопровождением психотерапевта.

Подобно психотерапии психологическое консультирование может иметь в своей основе различные теоретические подходы (психодинамический, поведенческий, гуманистический). Вне зависимости от теоретической ориентации выделены следующие основные задачи психологического консультирования: 1) эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента; 2) расширение сознания и повышение психологической компетентности; 3) изменение отношения к проблеме (из тупика к выбору решения); 4) повышение стрессовой и кризисной толерантности; 5) развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения; 6) повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира.

К техническим этапам психологического консультирования и психотерапии относятся: 1) установление контакта профессионального консультирования; 2) предоставление клиенту возможности выговориться (иногда возможность рассказать о своих проблемах способствует тому, что человек начинает по-другому видеть проблему и находит самостоятельно пути для ее решения); 3) предоставление клиенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации; 4) совместное с клиентом переформулирование проблемы; 5) заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности клиента и консультанта, выявление и коррекция нереалистических ожиданий пациента); 6) формирование регистра возможных решений проблемы (консультант предлагает свой профессиональный и жизненный опыт только после того, как пациент сформулировал 2–3 решения); 7) выбор оптимального решения из выявленного регистра с точки зрения пациента; 8) закрепление мотивации и планирование путей и способов реализации выбранного решения; 9) завершение консультирования с предоставлением пациенту права при необходимости повторного обращения или назначение впоследствии поддерживающей встречи.

Частным случаем психологического консультирования является семейное консультирование. В качестве клиента здесь рассматривается семья в целом, а проблема — как общая. Основным требованием к консультанту являются соблюдение нейтральности и независимость от различных семейных группировок.

Общие факторы психотерапии. Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в разработке новых методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы. Насколько возможно создание такой интегративной модели, покажет время. Однако одной из существенных предпосылок ее развития является изучение общих факторов психотерапии, характерных для ее различных направлений, форм и методов. Актуальность определения и исследования общих

факторов психотерапии признается большинством исследователей и практиков в области психотерапии. Этому способствовали, во-первых, поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии; во-вторых, все большее признание того, что различные методы психотерапии могут иметь больше сходств, чем различий; в-третьих, констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты лечения могут иметь значительные расхождения) независимо от формы психотерапии; в-четвертых, представления об особой значимости взаимоотношений «психотерапевт—пациент» в рамках практически всех психотерапевтических подходов.

Изучение и анализ процесса психотерапии предполагает рассмотрение взаимосвязей между характеристиками пациента, психотерапевта и лечебного метода. Поэтому и поиск общих факторов психотерапии тоже связан с анализом того, что происходит с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических подходов; что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации; какие общие этапы характерны для психотерапевтического процесса. В качестве общих факторов психотерапии с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают: 1) обращение к сфере эмоциональных отношений; 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом; 3) предоставление и получение информации; 4) укрепление веры больного в выздоровление; 5) накопление положительного опыта; 6) облегчение выхода эмоций. Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), эмоциональные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех психотерапевтических системах. В качестве общих элементов стиля и стратегий поведения психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации выделяют: 1) целевую ориентацию на достижение позитивных изменений; 2) внимание к взаимоотношениям «пациент—психотерапевт»; 3) сочетание принципов «там и тогда» и «здесь и теперь» (т. е. использование в ходе психотерапии материала, связанного как с историей жизни пациента, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии). Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность процесса психотерапии (по существу речь идет о последовательном изменении конкретных задач) наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтических направлений, ориентированных на личностные изменения, и может быть представлен следующим образом: 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии; 2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений; 3) определение «психотерапевтических мишеней»; 4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики; 5) закрепление достигнутых результатов; 6) окончание курса психотерапии

(в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

Существуют также попытки выделения общих факторов психотерапии, связанные с учетом как изменений, происходящих с пациентами, общих характеристик стиля и стратегий поведения психотерапевтов, так и общности этапов психотерапевтического процесса, вне зависимости от теоретических ориентаций и применяемых методов. К общим факторам психотерапии относят: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом, что рассматривается как исходная предпосылка, на которой строится психотерапия; 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на готовности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом; 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта; 6) явное или скрытое убеждение и внушение; 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Интердисциплинарный характер психотерапии. Психотерапия как система, использующая в целях лечебных воздействий психологические средства, является точкой пересечения ряда областей знаний: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Интердисциплинарность как понятие получила особое распространение в связи с научно-техническим прогрессом, когда стали возникать быстроразвивающиеся пограничные дисциплины и одновременно происходила дифференциация областей науки, опирающихся на различные традиционные дисциплины (их способы подхода к проблеме и методы), например социальной антропологии, молекулярной биологии и др. Специфика психотерапии заключается в том, что ее объектом и одновременно инструментом является одно из наиболее сложных образований — человеческая психика. В связи со сложностью объекта психотерапии возникает необходимость включения и использования достижений, методов и способов работы из других областей науки. Интердисциплинарный характер психотерапии заключается прежде всего в том, что она, являясь медицинской специальностью, сферой компетенции медицины, основана на психологических методах воздействия (клинико-психологических вмешательствах). Именно поэтому психотерапия становится точкой пересечения медицины, психологии (общей, клинической, социальной, возрастной, психологии личности и др.), социологии, педагогики и пр. Интердисциплинарный характер психотерапии проявляется в последние годы особенно ярко. Это связано с развитием групповой психотерапии, которая основана на использовании в лечебных целях разнообразных психологических и социально-психологических феноменов, а также с экспансией психотерапии во внеклинические сферы, применение ее методов не только собственно для лечения, в работе с больными, но и в работе со здоровыми, для реабилитации после лечения, психологического консультирования, в том числе и семейного, тренинга различных навыков, психопрофилактики и пр. Но все же сле-

дует подчеркнуть, что, несмотря на очевидный интердисциплинарный характер психотерапии, она остается лечебной медицинской специальностью, а учет и разработка ее клинических основ имеют сегодня по-прежнему первостепенное значение. И как лечебный метод психотерапия более или менее тесно связана со всеми другими клиническими дисциплинами. Современное понимание болезни как биопсихосоциального явления ведет к признанию наличия психотерапевтических задач практически во всех клинических дисциплинах.

Интердисциплинарный характер психотерапии определяется клиническими предпосылками широкого и эффективного применения психотерапии. Психотерапевтические методы решают как собственно лечебные, так и лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные задачи. Во-первых, это прямое использование ее *лечебного* действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому (психологическому) фактору принадлежит решающая либо весьма существенная роль: это прежде всего неврозы (F40–F48), а также другие пограничные состояния и психосоматические расстройства. Во-вторых, ее *лечебно-профилактическое* значение с учетом психологических и психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия (реакция личности на болезнь, изменение социального статуса или характера деятельности в связи с заболеванием, невозможность или ограниченность реализации тех или иных потребностей, установок, отношений, ценностей личности), влияние специфических соматических расстройств на психологической функционирование индивида, его поведение. Применение психотерапии при соматических заболеваниях предполагает знание соответствующих аспектов раздела внутренних болезней, психосоматических соотношений. В-третьих, это включение психотерапевтических методов в *лечебно-реабилитационный* процесс, особенно при хронических заболеваниях. В ходе реабилитации с каждым этапом возрастает необходимость все более интенсивного включения больного в социальную жизнь (вначале в терапевтической, а затем и во внетерапевтической среде), поэтому психотерапевтические мероприятия играют важную роль. Поле действия психотерапии достаточно широкое, и при соответствующих модификациях психотерапевтические методы могут быть использованы также и для решения психогигиенических, психопрофилактических и иных задач (например, социально-психологический тренинг, при котором одновременно со специфическими задачами развития коммуникативных навыков частично решаются также и проблемы сохранения и укрепления здоровья).

Психотерапия тесно связана также с общей и клинической (медицинской) психологией, психологией личности, социальной психологией и социологией. Теоретическая психология, в частности клиническая (медицинская) психология и психология личности, выступает в качестве теории психотерапии, особенно в тех случаях, когда речь идет не просто о симптоматическом лечении, а о психотерапии, направленной на личностные изменения. В групповой психотерапии особое значение приобретает также социальная психология, различные социально-психологические феномены, такие, например, как групповая динамика, закономерности межличностного взаимодействия, социальных итеракций,

коммуникации и пр. Этим обусловлено тесное сотрудничество в лечебной практике врача-психотерапевта и психолога. В свою очередь, психотерапия способствует развитию психологии. Здесь уместно напомнить, что многие личностные концепции первоначально возникали именно как результат анализа работы с пациентами — больными неврозами (F40–F48). Ввиду включения в психотерапию все большего числа специальных конкретных приемов расширяются ее связи с искусством, музыкой, лингвистикой и другими областями знаний с учетом значения их достижений для совершенствования психотерапевтического процесса.

Интердисциплинарный характер психотерапии отражается также в организации психотерапевтической службы и образования в области психотерапии. Расширяется сеть психотерапевтических кабинетов поликлиник и стационаров, психотерапия включается в территориальные программы обязательного медицинского страхования, увеличивается количество кабинетов психологической коррекции и психологической помощи на промышленных предприятиях и в других учреждениях, служб психологического консультирования, школьной психологической службы и пр. Интеграция психотерапии в медицину осуществляется и через семейных врачей, врачей разных специальностей — невропатологов, кардиологов, онкологов и др.

Новые требования к психотерапии, более четкое определение ее места среди других медицинских дисциплин, разработка критериев эффективности и профессионализма предполагают создание комплекса преемственных и взаимосвязанных программ, которые позволяют осуществить более качественную подготовку психотерапевтов и других специалистов, использующих в своей работе психотерапевтические вмешательства. Проблему интердисциплинарного характера психотерапии можно рассматривать как этап развития психотерапии, поскольку научные направления, прошедшие фазу интердисциплинарности, становятся самостоятельными, независимыми от тех дисциплин, в рамках которых они развивались первоначально. Рассматривая перспективы развития психотерапии, можно полагать, что включение в различные сферы медицинской деятельности (диагностическую, терапевтическую, реабилитационную, профилактическую) элементов психотерапии способствовало бы более полной реализации ее интердисциплинарного характера.

Личностный подход в психотерапии. Это понятие отражает важнейший методологический принцип медицины и клинической (медицинской) психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе. Личностный подход — это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех индивидуальных особенностей.

Иногда различают личностный и индивидуальный подход. Последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие данному человеку. Индивидуальный подход может включать и личностный (если при этом учитываются и личностные и соматические характеристики), а может быть и более ограниченным (в том случае, когда он учитывает только какие-либо отдельные личностные или отдельные соматические особенности).

Личностный подход в психотерапии реализуется в трех основных направлениях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения. Первые два аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Третий относится к психотерапевтическим направлениям, целью которых является достижение личностных изменений.

Изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий. Психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание врачом основ клинической (медицинской) психологии, объект изучения которой — личность больного. Развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, ее механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, особенностей поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и в ходе лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики, а также лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узловых проблем является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием. Другая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психологического компонента в генезе различных форм патологии: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит решающая (неврозы (F40–F48)) или существенная роль (другие пограничные расстройства, психосоматические заболевания и др.) до заболеваний, в которых психический фактор проявляется как реакция личности на болезнь, приводящая к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством. В качестве модели трансформации личностных особенностей может рассматриваться невроз с основными его стадиями. Выделяют первичные, вторичные и третичные личностные образования. Первичные связаны преимущественно с темпераментом. Вторичные определяются нарушениями значимых отношений пациента. Третичные представляют собой усиление этих черт — при затяжном течении невроза и невротическом развитии — до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, во многом определяющих поведение человека и его адаптацию. Рассмотренные на модели невроза первичные, вторичные и третичные особенности личности можно выделить и в структуре личностных расстройств при других нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Учет первичных, вторичных и третичных личностных образований чрезвычайно важен при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль играют биологические методы лечения, то коррекция вторичных личностных нарушений

требует уже проведения личностно-ориентированной психотерапии. Коррекция третичных личностных расстройств, обнаруживающихся в поведенческой сфере, наиболее конструктивно протекает, если личностно-ориентированная психотерапия дополняется различными вариантами поведенческого тренинга.

Таким образом, только при учете специфики личностных нарушений разного уровня психотерапия приобретает дифференцированный и содержательный характер.

Учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов. Понятие «личностный подход» в данном аспекте является более широким и распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоцентрированные, решающие скорее тактические задачи. Это означает, что любое психотерапевтическое воздействие должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования. Так, например, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов и их направленность (гипноза, внушения в состоянии бодрствования, косвенного внушения) зависит от особенностей личности больного, его внушаемости, податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию.

Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения. Этот аспект личностного подхода в психотерапии отражает направленность той или иной психотерапевтической системы на достижение изменений личности, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы часто называют личностно-ориентированными или личностно-ориентированной психотерапией. Само название указывает, что здесь понятие личности является центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теориях и концепциях личности (например, психоаналитической или гуманистической). Следует различать личностный подход в психотерапии и личностно-ориентированную психотерапию в целом от конкретной психотерапевтической школы — личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которая представляет собой не общий подход или общую ориентацию на личностные изменения, а самостоятельную психотерапевтическую систему с собственной концепцией личности и личностных нарушений.

Показания к психотерапии. Комплексный подход в лечении различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обусловливает необходимость корригирующих воздействий, направленных на каждый фактор, соответствующий его природе. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Однако удельный вес психотерапевтических воздействий, их общая направленность, объем и глубина определяются рядом факторов, которые и рассматриваются как показания к психотерапии (индикация). Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания (т. е. чем более выражена психологически понятная связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов. Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация — манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогнозическая или, напротив, ипохондрическая) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, возможны психологические и социально-психологические последствия. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; к изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования. В-четвертых, в процессе хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, т. е. формирование в ходе болезни личностных особенностей (повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности), нуждающихся в корригирующих воздействиях. Безусловно, что в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, в том числе его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Основные направления психотерапии

Исходя из понимания психотерапевтического вмешательства как общей стратегии поведения психотерапевта, непосредственно связанной с теоретической ориентацией, выделяют три основных типа, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический). Каждый из них характеризуется собственной концепцией здоровья

и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами вмешательств.

Психодинамическое направление в психотерапии. Это направление в психотерапии основано на глубинной психологии — психоанализе. В его рамках существуют разнообразные течения и школы, имеющие собственную специфику. Однако общим, объединяющим взгляды всех представителей психодинамического подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, которые используются для их анализа и осознания. В связи с этим Хорни, достаточно далеко отошедшая от классического психоанализа, писала: «Если рассматривать психоанализ как определенную систему взглядов на роль бессознательного и способов его выражения, а также как форму терапии, с помощью которой бессознательные процессы доводятся до сознания, то и моя система взглядов есть психоанализ».

В настоящее время различают психоанализ и психоаналитическую (психоаналитически ориентированную, глубинно-психологически ориентированную) психотерапию. Последняя, в свою очередь, подразделяется на инсайт-ориентированную и поддерживающую психоаналитическую психотерапию.

И психоанализ, и психоаналитическая психотерапия основаны на теории Фрейда, на представлениях о бессознательном и психологическом конфликте. Их целью является помощь пациенту в осознании причины внутренних конфликтов, имеющих свои истоки в прошлом, в детстве, и проявляющихся у взрослых в виде симптоматики и определенных форм поведения и межличностного взаимодействия. Поскольку и психоанализ, и психоаналитическая психотерапия имеют общую теоретическую базу, а психоаналитическая психотерапия является результатом развития и модификации психоанализа, то представляется целесообразным рассмотреть психодинамическое направление на модели более строгого по форме психоанализа. Как целостная и законченная система психоанализ содержит общую психологическую теорию (теорию психического развития), теорию психологического происхождения неврозов и теорию психоаналитической психотерапии.

Психологическая концепция. Основоположником психоанализа является Фрейд. Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе пред-

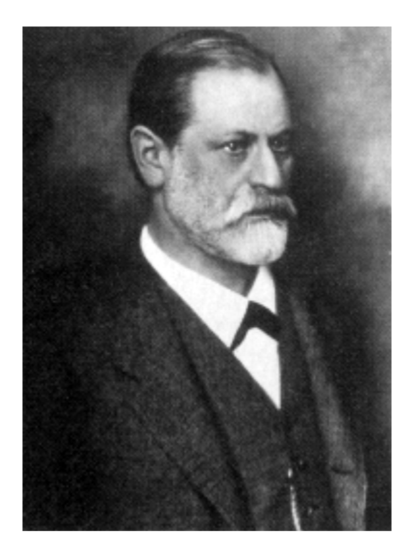
Таблица 12.

<table>
<tr><th colspan="3">Психодинамическое направление</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Психоанализ</td><td colspan="2">Психоаналитическая (психоаналитически-ориентированная) психотерапия</td></tr>
<tr><td>Инсайт-ориентированная психоаналитическая психотерапия</td><td>Поддерживающая (суппортивная) психоаналитическая психотерапия</td></tr>
</table>

ставляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «психодинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, взаимодействия, борьбы и конфликтов ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека.

Бессознательные психические процессы. Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, которые рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как основные факторы, движущие силы, определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности. В целом психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного.

Инстинкты и мотивация. Инстинкты, с точки зрения Фрейда, — это не врожденные рефлексы, а побудительные, мотивационные силы личности. Инстинкты — это психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и в том смысле биологических), психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это состояние. Инстинкты — это требования организма, предъявляемые к сознанию. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, устранение стимулов, связанных с потребностью организма, т. е. удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения (например, голод или жажда побуждает человека искать питье или еду, есть и пить). Именно эта внутренняя стимуляция, внутреннее возбуждение, связанное с состоянием и потребностями организма, с точки зрения Фрейда, является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность). Поэтому инстинктивные побуждения рассматриваются как мотивационные силы, т. е. мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями. Инстинкты представляют собой психические образы этого возбуждения, представленные как желания. Фрейд выделял две группы инстинктов: 1) инстинкты жизни (Эрос), направленные на самосохранение, на поддержание жизненно важных процессов (голод, жажда, секс); 2) инстинкты смерти (Танатос), разрушительные силы, направленные либо внутрь, на самого себя, либо вне (агрессия, садизм, мазохизм, ненависть, суициды). Энергия инстинктов жизни получила название *либидо*, энергия инстинктов смерти специального названия не имеет. Фрейд считал,



З. Фрейд

что из всех инстинктов жизни наиболее значимыми для развития личности являются сексуальные инстинкты. В связи с этим довольно часто термином «либидо» обозначают именно энергию сексуальных инстинктов. Однако нужно иметь в виду, что «либидо» обозначает энергию всех жизненных инстинктов.

Концепция личности. Рассматривая организацию психики, проблему личности, Фрейд создал топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры) модели.

Топографическая модель. Согласно топографической (более ранней) модели, в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но является латентным и достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент и практически не может быть осознано человеком самостоятельно без огромных усилий; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию).

Структурная модель. Более поздняя модель личностной организации. Согласно этой модели, личность включает три структуры, три инстанции: *Ид* (Оно), *Эго* (Я) и *Супер-Эго* (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, т. е. стремится к немедленной разрядке напряжения, которое вызывается первичными (биологическими, идущими от организма) побуждениями, не учитывая никаких социальных норм, правил, требований, запретов. Эго (разум) направляет и контролирует инстинкты. Эго функционирует на всех трех уровнях сознания, является связующим звеном, посредником между Ид и внешним миром. Оно осуществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид, достигнуть разрядки напряжения (вызванного первичными потребностями) с учетом требований внешнего мира, с учетом норм и правил (например, отсрочить удовлетворение потребностей до подходящего момента). Эго действует согласно принципу реальности, стремится обеспечить удовлетворение инстинктивных потребностей, познавая и анализируя внутренний и внешний мир и выбирая наиболее разумные и безопасные способы и пути для удовлетворения потребностей. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Супер-Эго также функционирует на всех трех уровнях сознания. Оно формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации (усвоения) социальных норм, ценностей, стереотипов поведения. Супер-Эго действует согласно морально-этическому принципу, осуществляя контроль над поведением человека (самоконтроль), и препятствует проявлению внутренних импульсов, которые не соответствуют социальным нормам и стандартам. Таким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью. Супер-Эго препятствует реализации желаний и стремится подавить их. Эго, напротив, способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, требованиями и ограничениями социальной среды, является ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога.

Тревога. Тревога, с точки зрения Фрейда, является функцией. Она предупреждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагировать в подобных ситуациях (ситуациях опасности, угрозы) безопасным, адаптивным способом. Фрейд выделял три типа тревоги: объективную, или реалистическую (связанную с воздействиями внешнего мира), невротическую (связанную с воздействиями Ид) и моральную (связанную с воздействиями Супер-Эго). Объективная тревога возникает в ответ на реальные опасности окружающего реального мира. Невротическая тревога является страхом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей Ид, она возникает в результате воздействия импульсов Ид и опасности, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Моральная тревога основана на опасениях перед наказанием со стороны Супер-Эго, которое предписывает поведение, соответствующее социальным стандартам. Моральная тревога — это страх перед наказанием за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающее у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требованиям Супер-Эго).

Защитные механизмы. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы (механизмы защиты), которые связаны с увеличением инстинктивного напряжения, угрозой Супер-Эго или реальной опасностью. Защитные механизмы — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Фрейд писал, что «защитные механизмы — это общее название для всех специальных приемов, используемых Эго в конфликтах, которые могут привести к неврозу». Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов — предохранить Эго от тревоги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги (в отличие от копинг-механизмов, которые представляют собой механизмы активного совладения с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование). В литературе описаны различные виды защитных механизмов, основные из них приведены в главе 18.

Если тревога не снижается значительно или снижается лишь на непродолжительное время (поскольку защитные механизмы не направлены на активное преобразование и переработку конфликтов, проблем и ситуаций, а лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания), то следствием этого может быть развитие невротического состояния.

Концепция патологии (концепция невроза). Фрейдом описано девять основных типов неврозов (F40–F48).

Психоневроз обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Фрейд выделял три типа психоневроза: истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид. Именно психоневрозы, с точки зрения Фрейда, обусловлены невротическим конфликтом, т. е. бессознательным конфликтом между побуж-

дением Ид, которое стремится к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна его сторона бессознательна и если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Симптом при этом рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым (что сознательно ощущается весьма болезненно) даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптом психоневроза. Все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома.

Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуального поведения пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд различал две формы актуального невроза: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия разрядки полового возбуждения.

Нарциссический невроз связан с неспособностью пациента к образованию переноса.

Невроз характера выражается в симптомах, которые по своей сути являются чертами характера.

Травматический невроз вызывается потрясениями.

Невроз переноса развивается в ходе психоанализа и характеризуется навязчивым интересом пациента к психоаналитику.

Невроз органа обозначает психосоматическое заболевание, однако этот термин употребляется достаточно редко.

Детский невроз проявляется в детском возрасте, при этом классический психоанализ исходит из того, что неврозам у взрослых всегда предшествуют детские неврозы.

Невроз страха (*тревоги*) обозначает или любой невроз, в котором тревога является главным симптомом, или один из видов актуального невроза.

Классификация неврозов, предложенная Фрейдом, представляет собой классификацию заболеваний, в этиопатогенезе которых психологический фактор играет существенную роль: неврозы (F40–F48) (психоневроз), травматические стрессовые (F43.0) и посттравматические расстройства (F43.1) (травматический невроз), личностные расстройства (F60–F69) (невроз характера), психосоматические расстройства (F45.9) (невроз органа).

Рассмотрим общую концепцию психологического происхождения неврозов в рамках психоанализа. Центральным содержанием являются представления о невротическом конфликте. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения Фрейда, сущность невроза — это конфликт

между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта». Сознательный компонент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный компонент — первичные, инстинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытесненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциала, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (сублимация), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между сознательным и бессознательным, которое образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего сексуальные и агрессивные. Однако различные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта. Для Фрейда — это сексуальные и агрессивные импульсы и их конфликт с сознанием.

Можно привести и другие примеры взглядов представителей этого направления на природу невротических нарушений. Однако для всех представителей психоанализа характерно представление о неврозе как конфликте между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. При этом потребности и тенденции могут пониматься по-разному.

Психотерапия. Исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, Фрейд разработал соответствующий этому лечебный метод. Ключевыми понятиями психоанализа как психотерапевтической системы являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление. По этому поводу Фрейд писал: «Предположение о бессознательных психических процессах, признание теории подавления и сопротивления, детской сексуальности и эдипова комплекса образуют главные элементы психоанализа и базисные предпосылки этой теории. Никто не может считать себя психоаналитиком, если он не признает их». Конечно, психоанализ как терапевтическая система за прошедшие годы претерпел существенное развитие и изменения.

Основные положения психоаналитического наследия, имеющие значение для понимания теории и практики психоаналитического лечения, формулируются следующим образом: 1) интерес к многообразию инстинктивных импульсов человека, их выражению, трансформации, подавлению, посредством которого удается избежать болезненных чувств и переживаний, неприятных мыслей, желаний и воздействий сознания; 2) уверенность в том, что подобное подавление главным образом сексуальное — подавляются сексуальные импульсы: мысли, чувства и желания, а корни болезни заключаются в неверном психосексуальном развитии; 3) представления о том, что неверное психосексуальное развитие происходит из конфликтов и травм раннего прошлого, детства, особенно из эдипова комплекса; 4) уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций, в том, что у человека есть конфликты, но он этого не осознает; 5) представления о том, что мы

в основном имеем дело с психической борьбой и переживаниями биологических внутренних импульсов и инстинктов человека, а также представления о защитной роли Эго в отношении Супер-Эго; 6) приверженность концепции психического детерминизма или каузальности, согласно которой мыслительные процессы или формы поведения не являются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не станут осознанными, они помимо воли будут проявляться и определять мысли, чувства и поведение человека.

Исходя из того, что невроз (F40–F48) является результатом конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, осознать бессознательное. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с ситуацией, когда нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гримасничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподаватель выставляет студента за дверь, а тот все равно постоянно заглядывает в аудиторию, отвлекает всех, привлекая внимание к себе всякими возможными способами, и мешает продуктивной работе. Точно так же и мы выталкиваем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напоминать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И так же, как разрешить ситуацию с этим студентом можно, только пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, точно так же нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить, чего же оно хочет от нас, «представить сознанию для осознания».

Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Общие подходы к осознанию бессознательного и конкретные методические приемы обусловлены теоретическими представлениями Фрейда о способах и путях выражения бессознательного. В соответствии с этими представлениями, для того чтобы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть анализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление. Это означает, что в самом общем виде сущность психоанализа заключается в выявлении и осознании бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления.

Свободные ассоциации, или свободное фантазирование (а дословно скорее свободное проникновение, свободное вторжение), — это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное. Ей придается наибольшее значение по сравнению с другими способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Ассоциации рассматриваются как индикатор тенденций, находящихся в бессознательном. Техника свободных ассоциаций основывается на трех положениях: а) мысль имеет тенденцию следо-

вать в направлении значимого; б) потребности пациента в лечении и осознании, что его лечат, направляют его ассоциации на значимое содержание, за исключением тех ситуаций, где действует сопротивление; в) сопротивление становится минимальным при расслаблении и максимальным при сосредоточенности. При использовании техники свободных ассоциаций пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания, его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным. В начале работы психоаналитик знакомит пациента с фундаментальным правилом психоаналитической техники, сообщая ему о том, что эта беседа будет отличаться от обычной: «Как правило, вы стараетесь провести связующую нить через все ваши рассуждения и исключаете побочные мысли, второстепенные темы, которые могут у вас возникнуть, чтобы не уйти слишком далеко от сути. Однако сейчас вы должны действовать иначе. Вы заметите, что в ходе вашего рассказа будут появляться различные мысли, которые вы хотели бы отложить в сторону из-за критического отношения к ним и потому, что они вызывают возражения. Вы будете испытывать желание сказать себе, что это не относится к делу, или совершенно не важно, или бессмысленно и потому нет необходимости об этом говорить. Вы никогда не должны поддаваться подобной критической установке, наоборот, несмотря на нее, вы должны сказать именно это потому, что чувствуете отвращение к нему. Позднее вы увидите и научитесь понимать причину этого предписания, единственного, которому необходимо следовать. Так что говорите все, что приходит вам в голову. Действуйте так, как будто вы путешественник, сидящий у окна вагона и описывающий кому-то, находящемуся в глубине купе, сменяющиеся виды. И наконец, не забывайте, что вы обещали быть абсолютно честным, и ничего не исключайте из-за того, что по той или иной причине об этом рассказывать неприятно».

Символические проявления бессознательного, согласно концепции Фрейда, отражают тот факт, что бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится цензура. Но вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искаженные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом неразпознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. С точки зрения Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений, фантазий, мечтаний, различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений — в оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и пр.).

В сновидениях различают явное содержание сна (образы, взятые из впечатлений ближайшего дня, которые легко вспоминаются и рассказываются человеком) и скрытое содержание, о существовании которого сознание часто не подозревает. Сновидение, с точки зрения Фрейда, является искаженной репрезентацией скрытого несовместимого желания, не согласующегося с сознательной установкой, по-

этому это желание подвергается цензуре и представляется в искаженном виде. Толкование сновидений представляет собой обнаружение скрытых мыслей в явном содержании сна и осуществляется с помощью ассоциативной техники и представлений о символике сновидений.

Перенос (*перенесение, трансфер*). Перенос характеризует отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. С точки зрения психоаналитиков, эти отношения имеют существенное и даже решающее значение для психоанализа, в ходе которого внимание постоянно направлено на разнообразные изменения в особых отношениях терапевта и пациента. «Специфическим терапевтическим компонентом являются сложные, эмоционально окрашенные отношения типа родитель—ребенок между терапевтом и человеком, которого он лечит», — писал один из психоаналитиков. Перенос представляет собой проекцию пациентом на психоаналитика (перенос на психоаналитика) тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица, перемещение на психоаналитика чувств, мыслей, фантазий, вызванных ранее значимыми в жизни пациента лицами. Определение переноса включает четыре основных утверждения: а) перенос является разновидностью объектных отношений; б) явления переноса повторяют прошлое отношение пациента к объекту; в) механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; г) перенос является регрессивным феноменом. Благодаря переносу пациент наделяет психоаналитика значимостью другого, ранее существовавшего объекта. Следует отметить, что в классическом психоанализе перенос понимается прежде всего как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика те чувства, отношения, ожидания, которые он испытывал в отношении родительской фигуры. Ценность переноса состоит в том, что пациент в ситуации психоанализа испытывает к психоаналитику все значимые для него в прошлом чувства. Отношения переноса воссоздают некую прошлую реальность чувств и отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Таким образом, прошлые значимые отношения попадают в плоскость психотерапевтического взаимодействия, предоставляя психоаналитику возможность не только в лучшем случае услышать, как видит пациент эти отношения (а поскольку они являются неосознанными полностью, то представления пациента существенно искажены) или создать у себя представление об этих отношениях пациента на основании других фактов, но прежде всего стать участником этих отношений, прочувствовать и пережить их, а следовательно, и адекватно понять. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, воспринимает ли пациент психоаналитика как доброжелательную или недоброжелательную фигуру. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предъявляя. Фрейд писал по этому поводу: «Врачу следует быть непроницаемым для своих пациентов, он, как зеркало, не должен показывать им ничего, кроме того, что показывают ему». Психоаналитик ведет себя отстраненно потому, что для проекции вообще необходим неструктурированный или малоструктурированный стимульный материал, «чистый лист», «белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более актив-

но, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо походил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента.

Контрперенос — совокупность бессознательных реакций психоаналитика на личность пациента, и особенно на его перенос. В этом смысле контрперенос изначально понимался как фактор, искажающий процесс психоанализа и препятствующий ему. Подготовка психоаналитиков непременно включает собственный анализ, который в определенном смысле направлен на преодоление, изживание контрпереносов, «профилактику контрпереносов». Однако в дальнейшем понимание контрпереноса как эмоционального отношения аналитика к пациенту, включающего его реакции на те или иные аспекты поведения пациента, позволило понять и позитивные, полезные для терапии функции переноса. Внимание психоаналитика к собственным чувствам, возникающим в процессе психоанализа, осознание собственных реакций может позволить аналитику глубже и тоньше понять бессознательное пациента. Естественно, что психоаналитик хорошо отслеживает и осознает свои контрпереносы.

Сопротивление представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов, противодействовать превращению бессознательных процессов в сознательные. Иными словами, у человека есть конфликты и они действуют, но он противится их осознанию. Фрейд писал по этому поводу: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие в процессе лечения включает сопротивление и представляет собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому». Сопротивление является своего рода повторением тех защитных реакций, которые обычно использовались пациентом ранее, т. е. механизмы защиты в психоаналитической ситуации проявляются как сопротивление. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется. Работа с сопротивлением предполагает определенные шаги психоаналитика: а) осознание сопротивления; б) демонстрация его пациенту; в) прояснение мотивов и форм сопротивления; г) интерпретация сопротивления; д) интерпретация формы сопротивления; е) прослеживание истории и бессознательных целей этой деятельности в настоящем и прошлом пациента; ж) тщательную проработку сопротивления.

Свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление подвергаются *анализу* в процессе психотерапии. Термин «анализ» имеет конкретное содержание и определенные процедуры.

Анализ включает четыре процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и преодоление. *Конфронтация* направлена на распознавание пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию, и представляет собой процедуру, в ходе которой пациент оказывается лицом к лицу перед определенными событиями, переживаниями, отношениями, конфликтами, противоречиями, которые нужно исследовать. Пациенту необходимо показать, что он чего-то избегает, он должен различить тот психический феномен, который является предметом анализа. *Прояснение* предполагает фокусировку на каком-либо событии,

переживании (помещение значимых деталей в фокус), отделение существенного, значимого и важного от несущественного. *Интерпретация* является центральной процедурой анализа, основным инструментом психоаналитика. Интерпретация означает разъяснение неясного или скрытого для пациента значения некоторых аспектов его переживаний и поведения и представляет собой определенную технику истолкования значения симптомов, ассоциативной цепочки представлений, сновидений, фантазий, переноса, сопротивления. Цель интерпретации состоит в том, чтобы сделать неосознаваемые феномены осознанными. На основании полученного в процессе конфронтации и прояснения материала выявляются значение и причина события, конфликта. Интерпретация направлена на расширение самосознания и должна способствовать интеграции внутренних процессов благодаря осознанию. В ходе интерпретации психоаналитик использует свои теоретические знания, опыт, интуицию, эмпатию, а также свое собственное бессознательное. *Преодоление* (тщательная проработка, выход из положения) предполагает исследование интерпретаций и возникающего сопротивления до тех пор, пока материал не будет осознан. Интеллектуальный инсайт без проработки считается недостаточным для достижения терапевтического эффекта, так как сохраняется тенденция к повторению привычных способов функционирования. Проработка — это комплекс процедур и процессов, которые следуют после инсайта. Эта работа открывает путь от инсайта к изменениям и является, как правило, длительной и кропотливой, поскольку нужно преодолеть сопротивление, мешающее тому, чтобы понимание привело к прочным структурным изменениям. Проработка включает следующие элементы: 1) повторение интерпретаций, особенно анализ трансферентных сопротивлений; 2) преодоление изоляции, отделяющей аффекты и импульсы от переживаний и воспоминаний; 3) расширение и углубление интерпретаций, раскрытие множественных функций и детерминант и производных поведенческих фрагментов; 4) реконструкция прошлого, помещающая пациента и другие важные фигуры из его окружения в живую перспективу (сюда же относится и реконструкция образа самого себя в различные периоды прошлого); 5) изменения, ведущие к определенному облегчению (в поведении, реакциях), позволяющие пациенту решиться на проявление новых типов реакций и поведения в отношении собственных потребностей, импульсов, объектов, ситуаций, которые он до этого считал опасными для себя.

Центральной процедурой анализа является интепретация. Все остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. Таким образом, специфика психоанализа заключается в интерпретирующем (истолковывающем) анализе различных компромиссных образований сознания. Для Фрейда само по себе осознание истинных причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция Я всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа.

Сама процедура психоанализа строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность, частота сеансов.

Психодинамическое направление в психотерапии со времени классического психоанализа Фрейда получило дальнейшее развитие в трудах его учеников и последователей. Наиболее известными в этих направлениях являются: *аналитическая психология* (Юнг), *индивидуальная психология* (Адлер), *волевая терапия* Ранка, *активная аналитическая терапия* Штекеля, *интерперсональная психотерапия* Салливана, *интенсивная психотерапия* Фромм-Райхманн, *характерологический анализ* Хорни, *гуманистический психоанализ* (Фромм), *Эго-анализ* Кляйн, *Чикагская школа* (Александер, Френч), *секторная терапия* Дойча, *объективная психотерапия* Карпмана, *краткосрочная психодинамическая психотерапия* (Александер, Сифнеос, Малан, Беллак, Девенлу, Страпп), *психобиологическая терапия* Майера, *биодинамическая концепция* Массермана, *адаптационная психодинамика* Радо, *гипноанализ* (Волберг), *характерологический анализ* Райха и некоторые другие.

В настоящее время психодинамическое направление в психотерапии на практике представлено явными и скрытыми модификациями теоретических концепций и технических приемов Фрейда. Они включают попытки: частичного или полного смещения биологического фокуса Фрейда в межличностные, социальные, этические и культурные сферы (Адлер, Хорни, Салливан, Фромм, Фромм-Райхманн, Массерман и др.); расширения или усиления Эго за счет более ранних или адаптивных свойств (Кляйн и др.); ориентировки во времени посредством сосредоточения внимания на первобытном прошлом человека (Юнг), на его настоящем и (или) будущем (Адлер, Штекель, Ранк и др.); расширения лечебных процедур путем изменения диапазона и целей лечения (Ранк, Александер, Дойч и др.); развития принципов краткосрочной психотерапии с ее провоцирующими тревогуприемами (Сифнеос и др.), акцентированием межличностных взаимоотношений психотерапевта с пациентом и динамическим фокусированием (Страпп, Люборски и др.), даже лечением серьезных заболеваний путем единственного интервью (Малан и др.); пересмотра роли личности психотерапевта и отношения к пациенту за счет превращения психотерапевта в более непосредственного, гибкого и (или) активного участника психотерапевтического процесса (Адлер, Салливан, Ранк, Александер, Штекель и др.); восстановления психофизического баланса человека путем акцента на физической части психофизической организации (Массерман и др.) и (или) замены традиционного вида лечения, ориентированного на такой характер инсайта, который возвращает к *катарсису* раннего периода путем телесного освобождения от конфликтогенного напряжения (Райх и др.).

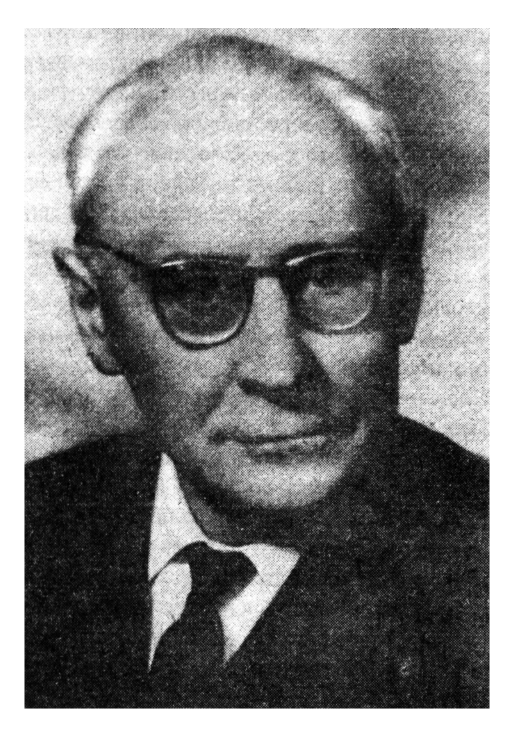
Таким образом, основные категории динамического направления в психотерапии (Карасу) кратко могут быть сформулированы следующим образом:

- концепция патологии основана на признании существования конфликтов в сфере ранних либидонозных влечений и желаний, которые остаются вне сознания, т. е. бессознательны;
- здоровье достигается при разрешении таких конфликтов путем победы Эго над Ид, т. е. через усиление Эго;
- желательные изменения — это достижение глубокого инсайта (понимание далекого прошлого, т. е. интеллектуально-эмоциональные знания);

- временный подход является историческим, фокусируется на субъективном прошлом;
- лечение требуется, как правило, долговременное и интенсивное; задача психотерапевта заключается в понимании содержания бессознательной области психики пациента, ее исторического, скрытого значения;
- психотерапевтическая техника основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений;
- лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач—пациент или родитель–ребенок (т. е. терапевтический союз);
- психотерапевт выполняет интерпретирующую и отражающую роль и занимает недирективную, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

Из отечественных концепций психотерапии к психодинамическому направлению можно отнести систему *патогенетической психотерапии* Мясищева и ее развитие в виде *личностно-ориентированной* (*реконструктивной*) *психотерапии* Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.[1]

Поведенческое направление в психотерапии. Основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Поведенческая психотерапия включает много методов, развитие которых отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных преимущественно на классическом и оперантном обусловливании), до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).



В. Н. Мясищев

Психологическая концепция. Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология *бихевиоризма*. Это направление в психологии сформировалось в начале XX в. Его основоположником является Уотсон, который ввел этот термин. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, заложившие основу для его возникновения,

[1] См.: Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000.

а также труды Павлова и Бехтерева. Методологическими предпосылками бихевиоризма были принципы философии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только феномены, доступные непосредственному наблюдению. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул—реакция». Все внутренние психологические звенья, все психологические феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивался схемой «стимул—реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращается и к опосредующим процессам. Появляется понятие промежуточных переменных — процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул—реакция» за счет введения промежуточных (интервенирующих, медиаторных) переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул—промежуточные переменные—реакция» (S—r-s—R). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции — как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) — это те психологические образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают прежде всего совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточных переменных понимается широко и включает сложный комплекс разнообразных психологических феноменов. В качестве промежуточных переменных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, установки, отношения и даже сознание. Изучение промежуточных переменных является одной из основных задач психологии поведения.

Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема *научения* (обучения) — приобретения различных умений и навыков. Теории научения, разработанные бихевиоризмом, послужили основой для развития конкретных методических подходов поведенческой психотерапии. Поэтому следует более подробно остановиться на этом понятии.

Научение — это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Оно рассматривается как появление определенных спосо-

бов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи поведенческой психотерапии (а также важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в групповой психотерапии).



И. П. Павлов

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма. Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и оперантного обусловливания и научения по моделям. В соответствии с этим выделяют три типа научения: научение типа S, научение типа R и социальное научение.

Классическое обусловливание. Классическое обусловливание тесно связано с именем Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии.

Основная схема условного рефлекса S—R, где S — стимул, R — реакция (поведение). В классической Павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, т. е. безусловного или условного раздражителя. Павлов впервые ответил на вопрос, каким образом нейтральный стимул может вызвать ту же реакцию, что и безусловный рефлекс, который протекает автоматически, на врожденной основе, и не зависит от предшествующего опыта индивида. Иначе, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. Формирование условного рефлекса происходит при смежности — совпадении по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя; при повторении — многократном сочетании индифферентного и безусловного раздражителей.

Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем (звонок) и подкрепляет его безусловным (пища), т. е. безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделение слюны) в присутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонком), между ними устанавливается такая связь, что прежде нейтральный безусловный стимул (звонок) вызывает условную реакцию (выделение слюны). Результатом, или продуктом, научения по такой схеме является респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом (S). Подкрепление в данном случае связано со стимулом (S),

поэтому такой тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S.

Можно назвать еще три феномена, связанных с именем Павлова и используемых в поведенческой психотерапии. Первый — это генерализация стимулов: если сформировалась условная реакция, то ее будут вызывать и стимулы, похожие на условный. Второй — различение стимулов, или стимульная дискриминация. Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Третий — это угасание. Угасание — это постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами. Угасание связано с тем, что условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если хотя бы условный стимул иногда не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться.

Оперантное обусловливание. Теория инструментального или оперантного обусловливания связана с именами Торндайка и Скиннера. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма, показал, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека, он рассматривает в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий.

Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по принципу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, т. е. поведение есть функция его последствий. При оперантном обусловливании поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. В соответствии со схемой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайные проявления желательной, «правильной», реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенческой реакции, прямое подкрепление используется через поощрение и наказание. Результатом научения является оперантное научение, или оперант. В этом случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R. Оперантное, или инструментальное поведение — поведение типа R — это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и оперантным поведением, указывает, что респондентное поведение вызвано стимулом, который предшествует поведению, а оперантное поведение — стимулом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обусловливании стимул предшествует поведенческой реакции, а в оперантном — следует за ней.

Следует обратить внимание на соотношение таких понятий, как «позитивное» и «негативное подкрепление» и «наказание», различать наказание и негативное под-

крепление. Позитивное или негативное подкрепление усиливает поведение (поэтому иногда используется просто термин «подкрепление», предполагающий, что целью воздействий является усиление реакции вне зависимости от того, каким будет подкрепление — позитивным или негативным), наказание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. Наказание также подразделяют на «позитивное» и «негативное»: первое основано на лишении индивида позитивного стимула, второе — на предъявлении негативного (аверсивного) стимула. Таким образом, всякое подкрепление (и позитивное и негативное) усиливает частоту поведенческой реакции, усиливает поведение, всякое наказание (и «позитивное» и «негативное»), напротив, уменьшает частоту поведенческой реакции, ослабляет поведение.

Таблица 13.

	Позитивное	**Негативное**
Подкрепление	Воздействие позитивного стимула	Прекращение действия позитивного стимула
Наказание	Воздействие негативного стимула	Прекращение действия негативного стимула

Приведем конкретные примеры. При позитивном подкреплении животное находит выход из лабиринта и получает пищу; родители хвалят ребенка за успехи в школе, создают ему возможности для развлечений. При негативном подкреплении животное находит выход из лабиринта, где действует электрический ток, и ток выключают; родители перестают постоянно контролировать, критиковать и ругать ребенка, если его успеваемость улучшилась. При «позитивном» наказании животное, постоянно получающее пищевое подкрепление в экспериментальной ситуации, перестает его получать при неправильном выполнении действия; родители лишают ребенка развлечений за плохую успеваемость. При «негативном» наказании животное в лабиринте упирается в тупик и ток включают, родители постоянно контролируют, критикуют и ругают ребенка за плохую успеваемость. Таким образом, первые два вида воздействия экспериментатора или родителей усиливают реакцию, так как являются подкреплением, а третье и четвертое — уменьшают, являясь наказанием.

Для различения стимула классического условного рефлекса и стимула оперантного условного рефлекса Скиннер предложил обозначать первый как Sd — дискриминантный стимул, а второй — как Sr — респондентный стимул. Дискриминантный стимул (Sd-стимул) — по времени предшествующий определенной поведенческой реакции, респондентный стимул (Sr-стимул), — подкрепляющий определенную поведенческую реакцию, следует за ней.

Ниже представлены сравнительные характеристики классического и оперантного обусловливания.

Таблица 14.

Классическое обусловливание S–R	Оперантное обусловливание R–S
Научение типа S	Научение типа R
Классическая парадигма Павлова	Оперантная парадигма Скиннера
Реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула	Желательная реакция может появиться спонтанно
Стимул предшествует реакции	Стимул следует за поведенческой реакцией
Подкрепление связано со стимулом	Подкрепление связано с реакцией
Респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом, предшествующим поведению	Оперантное поведение — поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением

Социальное научение. Этот тип научения основан на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, при наблюдении за другими людьми, за счет процессов моделирования. Поэтому этот тип научения также называют моделированием, или научением по моделям. Научение по моделям предполагает научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано прежде всего с именем американского психолога Бандуры, представителя медиаторного подхода (Бандура называл свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной теорией). Научение по моделям оказывает следующее действие: а) наблюдатель видит новое поведение, которого ранее не было в его репертуаре; б) поведение модели усиливает или ослабляет соответствующее поведение наблюдателя; в) поведение модели имеет функцию воспроизведения, может быть усвоено наблюдателем. С точки зрения Бандуры, сложное социальное поведение формируется посредством наблюдения и имитации социальных моделей. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее поведение. Бандура выделяет три регуляторные системы функционирования индивида: 1) предшествующие стимулы (в частности, поведение других, которое подкрепляется определенным образом); 2) обратную связь (главным

образом в форме подкреплений последствий поведения); 3) когнитивные процессы, обеспечивающие контроль стимула и подкрепления (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на них символически в виде «внутренней модели внешнего мира»).

Если снова обратиться к основной формуле бихевиоризма S—(r-s)—R (где r-s или r-s-r-s....... -r-S рассматриваются как промежуточные переменные), то очевидно, что решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции организма, а воздействию на промежуточные (медиаторные) переменные. Иными словами, научение в данном случае направлено на изменение более глубоких, закрытых психологических образований. Конкретные воздействия в рамках медиаторного подхода концентрируются на тех или иных психологических феноменах (промежуточных переменных) в зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторных (побудительные, когнитивные и пр.).

Когнитивный подход. В настоящее время большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных рассматриваются когнитивные процессы; сторонники этих подходов исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль). В качестве примера таких подходов можно указать взгляды Бека и Эллиса, которые более подробно будут рассмотрены в связи с концепцией патологии.

Концепция патологии (концепция невроза). Будучи психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, а личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни. Невроз (F40–F48) при этом не рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, поскольку нозологический подход отсутствует. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как поведение, точнее как нарушение поведения. Невротический симптом (невротическое поведение) оценивается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения. Так, Вольпе определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма. Айзенк и Рахман рассматривают невротическое поведение как усвоенные образцы поведения, являющиеся неадаптивными. Адаптация с точки зрения бихевиоризма является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, — патологическое. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, т. е. представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации. Эта неадаптивная реакция формируется в процессе «неправильного» научения. Примером такого «неправильного» научения может быть взаимодействие родителей с ребенком, на которого родители обращают внимание, берут на руки только тогда, когда он что-то делает не так, например капризничает. Или ребенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внимания, тепла и заботы, получает это в избытке, когда болеет. Таким образом, потребность ребенка во внимании в полной

мере удовлетворяется только тогда, когда он «плохо» себя ведет, иными словами, «плохое», неадаптивное поведение подкрепляется положительно (удовлетворяется значимая потребность).

Представители когнитивно-поведенческого подхода фокусируют свое внимание на промежуточных переменных (когнитивных процессах), подчеркивая их роль в развитии нарушений. Бек полагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях, т. е. между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент. Иными словами, между ситуацией, внешним событием (стимулом-S) и неадаптивным поведением, эмоцией, симптомом (реакция-R) существует сознательная мысль (промежуточная переменная — r-s). При эмоциональных расстройствах причиной является когнитивный поток, который основан не на реальности, а на субъективной оценке. Каждый человек в определенном смысле ученый-любитель, он наблюдает мир и делает обобщения. Хороший «ученый» осуществляет точные наблюдения, выдвигает адекватные «гипотезы» и делает адекватные обобщения. Плохой «ученый» (мы все часто именно такими и являемся) осуществляет тенденциозные наблюдения, выдвигает неопределенные «гипотезы» и делает неточные обобщения. Результатом этого являются гипотезы, которые не подвергаются никакой критической проверке и воспринимаются как аксиомы, формируя неправильные представления о мире и самом себе — неадаптивные когниции или автоматические мысли. Сам человек может считать их обоснованными, разумными, хотя другими они могут восприниматься как неадекватные. Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление, и выполняют регулирующую функцию, но поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типичные, часто встречающиеся искажения или ошибки мышления (автоматические мысли): 1) фильтрование — увеличение, усиление негативных аспектов какого-либо события или явления и игнорирование, отфильтрование позитивных; 2) поляризованность оценок — оценка всего в крайних вариантах (черное — белое, хорошо — плохо, ноль процентов — сто процентов); 3) чрезмерная генерализация (чрезмерное обобщение) — построение общих выводов на основании отдельного события; 4) паникерство — любой инцидент превращается в катастрофу; 5) персонализация — постоянное сравнение себя с другими; представление, что все, что другие люди говорят или делают, связано лично с нами; 6) ошибочное восприятие контроля — представление, что мы контролируем других или контролируемся другими; 7) правота — мнение, что нужно постоянно доказывать свою правоту самому себе и другим («быть неправым — это ужасно»); 8) ошибочное восприятие справедливости — убеждение, что жизнь должна быть справедлива; 9) ошибочные представления об изменениях — представления о том, что мы можем заставить других измениться или они должны измениться, потому что мы этого хотим; 10) чтение мыслей — представления, что мы хорошо понимаем и знаем, что думают и чувствуют другие люди, почему они поступают именно так, не проверяя этого; 11) моральный императив — восприятие всех чувств и мыслей с точки зрения

морали даже тогда, когда нет никакой моральной подоплеки; 12) эмоциональные рассуждения — мнение о том, что то, что мы чувствуем полностью соответствует действительности, что это правильно; 13) обвинение кого-либо или себя при негативных событиях — мы часто ищем виноватого, хотя очень часто на самом деле винить некого; 14) глобальные выводы — глобальные негативные суждения о другом человеке или самом себе; 15) ложное представление о божественном вознаграждении — представление, что если мы все делаем «правильно», то должны быть счастливы и иметь все, что хотим.

Автоматические мысли носят индивидуальный характер, но существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом. Существуют автоматические мысли, которые лежат в основе определенных расстройств. Так, депрессия связана с пессимистическим взглядом на себя и свое будущее и на окружающий мир, с мыслями об ущербе, потерях в личностной сфере; тревога — с мыслями об опасности, угрозе, о том, что другие будут отвергать, унижать, недооценивать; фобии — с мыслями об опасных событиях, которых нужно избегать, о невозможности общего контроля над ситуацией. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой, т. е. представлены в сознании человека в свернутом виде. Задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточению на интроспекции, и он может определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

Эллис, как и Бек, считал, что между стимулом и реакцией находится когнитивный компонент — система убеждений человека. Эллис выделял два типа когниций — дескриптивные и оценочные. Дескриптивные (описательные) когниции содержат информацию о реальности, информацию о том, что человек воспринял в окружающем мире (чистая информация о реальности). Оценочные когниции содержат отношение к этой реальности в обобщенной оценке (оценочная информация о реальности). Дескриптивные когниции связаны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени жесткости. Гибкие связи между дескриптивными и оценочными когнициями формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — иррациональную. У нормально функционирующего индивида имеется рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание или предпочтение. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и носят интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность и не препятствуют достижению целей. Иррациональные установки — это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями, которые носят абсолютистский характер (типа предписаний, требований, обязательного приказа, не имеющего исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если человек не может реализовать иррациональные установки, то следствием этого являются длительные, неадекватные эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида. С точки зрения Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной

сфере, т. е. иррациональными убеждениями или иррациональными установками. Эллис выделил основные типы установок, чаще всего встречающиеся у невротических пациентов: 1) установки долженствования, отражающие иррациональные убеждения в том, что существуют некие универсальные долженствования, которые реализуются всегда, вне зависимости от того, что происходит в окружающем мире («Мир должен быть справедливым», «Дети должны слушаться взрослых и научиться выполнять свои обязанности»); 2) катастрофические установки, отражающие иррациональные убеждения в том, что в мире есть события, которые будут всегда оцениваться как катастрофические вне зависимости от системы отсчета («Это ужасно, если дети ведут себя плохо на людях», «Невыносимо, когда ситуация выходят из под контроля»); 3) установки обязательной реализации своих потребностей, отражающие иррациональные убеждения в том, что для того, чтобы быть счастливым и вообще существовать, человек должен обладать определенными качествами или вещами. Это тоже определенный вариант долженствования, но отнесенного к себе («Если я принял решение сделать что-то, я обязательно должен сделать это хорошо», «Я всегда должен быть на высоте»); 4) оценочные установки, отражающие иррациональные убеждения в том, что можно оценивать людей глобально, а не только отдельные аспекты их поведения («Людей можно разделить на хороших и плохих», «Если человек ведет себя плохо, то его следует осудить»).

Психотерапия. С точки зрения представителей поведенческого направления, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился. Неадаптивное поведение и клинические симптомы рассматриваются как результат того, что человек чему-то не научился или научился неправильно (усвоенная неадаптивная реакция, которая сформировалась в результате неправильного научения). В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основная цель клинико-психологических вмешательств в рамках поведенческого подхода заключается в том, чтобы переучить, заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные, «правильные», эталонные, нормативные, а задача поведенческой психотерапии как терапевтической системы — в редукции или устранении симптома. В целом поведенческая психотерапия (модификация поведения) направлена на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или устранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения, на замену страха, тревоги, беспокойства релаксацией до редукции или полного устранения симптоматики, что достигается в процессе научения за счет применения определенных техник. Научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании уже рассмотренных ранее теорий научения, сформулированных бихевиоризмом.

Научение осуществляется непосредственно, являясь целенаправленным, систематическим, осознаваемым как психотерапевтом, так и пациентом процессом. Психотерапевт рассматривает все проблемы как педагогические по своей природе и поэтому решает их путем прямого обучения новым поведенческим реакциям. Пациент должен научиться новым альтернативным формам поведения и тренировать их. Поведение психотерапевта в данном случае также полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи психотерапии состоят в обучении, то

роль и позиция психотерапевта должны соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а отношения между пациентом и психотерапевтом носят обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель—ученик». Психотерапия представляет собой открытый процесс, непосредственно контролируемый врачом. Психотерапевт совместно с пациентом составляют программу лечения с четким определением цели (установлением специфической поведенческой реакции—симптома, которая должна быть модифицирована), разъяснением задач, механизмов, этапов лечебного процесса, определением того, что будет делать психотерапевт и что — пациент. После каждого психотерапевтического сеанса пациент получает определенные задания, а психотерапевт контролирует их выполнение. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного процесса научения.

Собственно научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основе ранее рассмотренных схем, связанных с общими теориями научения, сформулированными бихевиоризмом. Все существующие методы поведенческой психотерапии непосредственно вытекают из определенных теорий научения. Методически поведенческая психотерапия не выходит за пределы традиционной бихевиористской схемы «стимул—промежуточные переменные—реакция». Каждая школа поведенческой психотерапии концентрирует психотерапевтическое воздействие на отдельных элементах и комбинациях внутри этой схемы. В рамках поведенческой психотерапии можно выделить три основных вида (или три группы методов), непосредственно связанных с тремя типами научения: 1) направление, методически основанное на классической парадигме; 2) направление, методически основанное на оперантной парадигме; 3) направление, методически основанное на парадигме социального научения.

Примером первого методического подхода может служить *систематическая десенсибилизация*, второго — так называемая *жетонная система*, *ассертивный тренинг*, разнообразные виды директивной психотерапии, целью которых является изменение многочисленных психологических параметров, рассматриваемых как промежуточные переменные.

Когнитивно-поведенческая психотерапия. В настоящее время существует не менее 10 направлений психотерапии, делающих акцент на *когнитивном научении* и подчеркивающих значение того или иного когнитивного компонента (Бек, Эллис, Мейхенбаум). Приводим их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высоко индивидуализирован для каждого пациента и семьи. Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются переразвитые или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ригидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окру-

жающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфункциональной манере. У лиц с личностными расстройствами труднее формируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, т. е. детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квазиудовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-поведенческая психотерапия использует достижения, методы и техники классического (условно-рефлекторного, оперантного, наблюдательного (моделирование поведения)), когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия — с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптивного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено в цепи причин, часто даже не основное. Например, когда психотерапевт пытается определить вероятность рецидива униполярной депрессии, он может сделать более точное предсказание, если поймет, насколько критична супруга пациента, вместо того чтобы опираться на когнитивные показатели.

6. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин «когнитивные события» относится к автоматическим мыслям, внутреннему диалогу и образам. Это не означает, что человек постоянно ведет разговор с самим собой. Скорее можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматично. Ряд авторов считают, что оно идет «по сценарию». Но бывают случаи, когда автоматизм прерывается, человеку необходимо принять решение в условиях неопределенности, тогда и «включается» внутренняя речь. В когнитивно-бихевиористской теории считается, что ее содержание может оказать влияние на чувства и поведение человека. Но то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, также может существенно влиять на его мысли. Схема — когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. Основной задачей когнитивно-поведенческого психотерапевта является помощь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность.

7. Лечение активно увлекает пациента и семью. Единицей анализа в когнитивно-поведенческой психотерапии в настоящее время являются примеры отношений

в семье и общие для членов семьи системы убеждений. Более того, когнитивно-поведенческая психотерапия интересуется тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы убеждений и поведение пациента, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу подкреплений, ведение записей и дневников, т. е. методика психотерапии структурирована.

8. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения. Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен к научению пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей), активизации ресурсов личности и ее окружения. Происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (моделирование поведения) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров. Моделирование поведения — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих слышать слово «пациент». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Многие приемы когнитивно-поведенческой психотерапии представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

Наиболее известными являются следующие поведенческие и когнитивные приемы: реципрокная ингибиция; методика наводнения; имплозия; парадоксальная интенция; методика вызванного гнева; метод «стоп-кран»; использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов релаксации одновременно; тренинг уверенного поведения; методы самоконтроля; самонаблюдение; прием шкалирования; исследование угрожающих последствий (декатастрофизация); преимущества и недостатки; опрос свидетельских показаний; исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий; парадоксальные приемы и др.

Особое место в рассматриваемом направлении занимают *рационально-эмоциональная психотерапия* Элиса и *когнитивная психотерапия* Бека.

Когнитивно-поведенческая психотерапия — это развивающееся направление. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул—реакция», оно использует далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться также на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем. Соответственно модифицируются старые и расширяется спектр новых методик.

Опытное (экзистенциально-гуманистическое) направление. Весьма неоднородное направление в психотерапии, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное». Традиционно в него включают разные психоте-

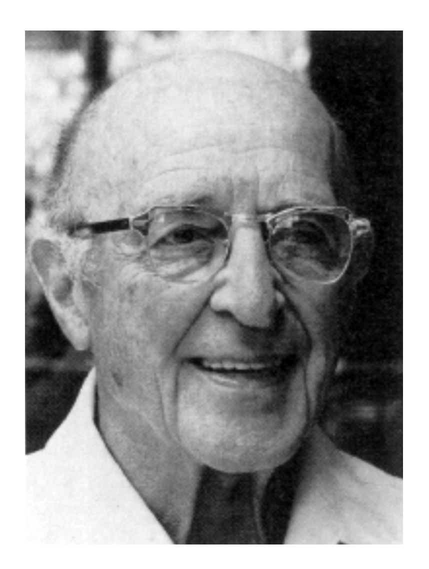
рапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения. Личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматриваются как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Далеко не всегда эти подходы основываются на собственно гуманистической психологии. Поэтому термин «гуманистическое направление» не точно отражает содержание конкретных школ. По сути только одна ветвь этого направления может быть названа гуманистической психотерапией. Более адекватным, вероятно, является термин «опытное направление», однако используется также название «гуманистическое направление» с учетом сложившейся традиции и связи каждого конкретного подхода с гуманистической психологией.

Психологическая концепция. Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиоризма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х гг. XX в. В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека. Феноменология — описательный подход к человеку без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и теперь») как основному феномену в изучении и понимании человека. Можно отметить и некоторое влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела, единству человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, не являющаяся чем-то заранее данным, а представляющая собой открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку.

Концепция личности. Гуманистическая психология во многом развивалась как альтернатива психоанализу и бихевиоризму. Один из виднейших представителей этого подхода Мей писал, что «понимание человека как пучка инстинктов или собрания рефлекторных схем приводит к потере человеческой сущности». Низведение человеческой мотивации к уровню первичных и даже животных инстинктов, недостаточное внимание к сознательной сфере и преувеличение значимости бессознательных процессов, игнорирование особенностей функционирования здоровой личности, рассмотрение тревоги только как негативного фактора — именно эти психоаналитические воззрения вызывали критику представителей гуманистической психологии. Бихевиоризм, с их точки зрения, дегуманизировал человека, акцентируя внимание лишь на внешнем поведении и лишая человека глубины и духовного, внутреннего смысла, превращая его тем самым в машину, робота или лабораторную крысу. Гуманистическая психология провозгласила свой собственный подход к проблеме человека. Она рассматривает личность как уникальное, целостное образование, понять которое за счет анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним их фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерми-

нантами личностного развития являются специфические человеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации. Гуманистическая психология не разделяет психоаналитических взглядов на тревогу как негативный фактор, на устранение которого направлено человеческое поведение. Тревога может существовать и как конструктивная форма, способствующая личностному изменению и развитию. Для здоровой личности движущей силой поведения и его целью является самоактуализация, которая рассматривается как «гуманоидная потребность, биологически присущая человеку как виду». Основные принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом: признание целостного характера природы человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту.

Самоактуализация. Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, как главный мотивационный фактор. Однако эта потребность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие потребности. Один из основателей гуманистической психологии Маслоу разработал иерархическую модель потребностей: 1-й уровень — физиологические потребности (потребности в пище, сне, сексе и пр.); 2-й уровень — потребность в безопасности (потребности в обеспеченности, стабильности, порядке, защищенности, отсутствии страха и тревоги); 3-й уровень — потребность в любви и принадлежности (потребность в любви и чувстве общности, принадлежности к определенной общности, семья, дружба); 4-й уровень — потребность в самоуважении (потребность в самоуважении и уважении и признании другими людьми); 5-й уровень — потребность в самоактуализации (потребность в развитии и реализации собственных способностей, возможностей и личностного потенциала, личностного совершенствования). Согласно этой концепции, высшие (вышележащие) потребности могут направлять поведение человека лишь в той степени, в какой удовлетворены низшие. Продвижение к высшей цели — самоактуализации, психологическому росту, не может осуществляться, пока индивид не удовлетворит более низшие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фиксацией индивида на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности, уровне функционирования. Маслоу также подчеркивал, что потребность в безопасности может оказывать достаточно существенное негативное влияние на самоактуализацию. Самоактуализация, психологический рост связаны с освоением нового, с расши-



К. Роджерс

рением сфер функционирования человека, с риском, возможностью ошибок и негативными их последствиями. Все это может увеличивать тревогу и страх, что ведет к усилению потребности в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам.

Роджерс также рассматривал в качестве главного мотивационного фактора стремление к самоактуализации, которую он понимал как процесс реализации человеком своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью. Полное раскрытие личности, «полное функционирование» (и психическое здоровье), с точки зрения Роджерса, характеризуется следующим: открытость по отношению к опыту, стремление в любой отдельный момент жить полной жизнью, способность прислушиваться в большей степени к собственной интуиции и потребностям, чем к рассудку и мнению окружающих, чувство свободы, высокий уровень творчества. Жизненный опыт человека рассматривается с точки зрения того, в какой мере он способствует самоактуализации. Если этот опыт помогает актуализации, то человек оценивает его как положительный, если нет — как негативный, которого следует избегать. Роджерс особо подчеркивал значение субъективного опыта (личного мира переживаний человека) и полагал, что другого человека можно понять, только непосредственно обращаясь к его субъективному опыту.

Опыт. Понятие опыта занимает важное место в концепции как Роджерса, так и других представителей этого направления. Опыт понимается как личный мир переживаний человека, как совокупность внутреннего и внешнего опыта, как то, что человек переживает и «проживает». Опыт — это совокупность переживаний (феноменальное поле), он включает все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент. Сознание рассматривается как символизация некоторого опыта переживаний. Феноменальное поле содержит как сознательные (т. е. символизированные) переживания, так и бессознательные (несимволизированные). Опыт прошлого также имеет значение, однако актуальное поведение обусловлено именно актуальным восприятием и интерпретацией событий (актуальным опытом).

Организм. Термин организм не несет в себе исключительно биологического содержания, организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний. Рождерс по этому поводу пишет следующее: «Если мы сможем добавить к сенсорному и висцеральному опыту, характерному для всего животного мира, дар свободного неискаженного осознания, которое во всей своей полноте свойственно лишь человеку, то у нас получится прекрасный, конструктивный, соответствующий реальности организм. В этом случае у нас будет организм, который осознает как требования культуры, так и свои собственные физиологиче-

ские потребности и свои желания». Таким образом, это понятие включает не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, то, что осознается, и то, что не осознается в данный момент, но может быть осознано. В организме находит выражение целостность человека.

Я-концепция — более или менее осознанная устойчивая система представлений индивида о самом себе, включающая физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и поведенческие характеристики и представляющая собой дифференцированную часть феноменального поля. Я-концепция — это самовосприятие, концепция человека о том, что он собой представляет, она включает те характеристики, которые человек воспринимает как действительную часть самого себя. Наряду с Я-реальным Я-концепция содержит также и Я-идеальное (представления о том, каким человек хотел бы стать). Для самоактуализации необходимым условием является наличие адекватной Я-концепции, полного и целостного представления человека о самом себе, включающего самые разнообразные собственные проявления, качества и стремления. Только такое полное знание о самом себе может стать основой для процесса самоактуализации.

Конгруэнтность также определяет возможности самореализации; во-первых, соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. Если в Я-концепции представлены переживания, достаточно точно отражающие «переживания организма» (организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний), если человек допускает в сознание различные виды своего опыта, если осознает себя тем, кто он есть в опыте, т. е. «открыт опыту», то его образ Я будет адекватным и целостным, поведение конструктивным, а сам человек — зрелым, адаптированным и способным к «полному функционированию». Неконгруэнтность между Я-концепцией и организмом, несоответствие или противоречие между опытом и представлением о себе, вызывает ощущение угрозы и тревогу, вследствие чего опыт искажается по механизмам защиты, что, в свою очередь, приводит к ограничению возможностей человека. В этом смысле понятие «открытость опыту» противоположно понятию «защита». Во-вторых, термин «конгруэнтность» относится также к соответствию между субъективной реальностью человека и внешней реальностью. И наконец, в-третьих, конгруэнтность или неконгруэнтность — это степень соответствия между Я-реальным и Я-идеальным. Определенное расхождение между реальным и идеальным образами Я играет позитивную роль, так как создает перспективу развития человеческой личности и самосовершенствования. Однако чрезмерное увеличение дистанции представляет для Я угрозу, приводит к выраженному чувству неудовлетворенности и неуверенности, обострению защитных реакций и плохой адаптации.

Таким образом, в рамках гуманистического подхода в качестве основной человеческой потребности, детерминанты поведения и развития человеческой личности рассматривается потребность в самоактуализации, стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, к осуществлению определенных жизненных целей. Важным условием успешной реализации этой потребности является наличие адекватного и целостного образа Я, отражающего истинные переживания, потребности, свойства и стремления человека. Такая Я-концепция формируется в процессе принятия и осознания всего многообразия своего соб-

ственного опыта, чему способствуют определенные условия воспитания и социализации индивида.

Концепция патологии (концепция невроза). Главной человеческой потребностью в рамках гуманистического подхода является потребность в самоактуализации. Невроз (F40–F48) при этом рассматривается как результат невозможности самоактуализации, как результат отчуждения человека от самого себя и от мира. Маслоу пишет по этому поводу: «Патология есть человеческое уничижение, потеря или недостижение актуализации человеческих способностей и возможностей. Идеал полного здоровья — это человек сознательный, осознающий реальность в каждый момент, человек живой, немедленный и спонтанный». В своей концепции мотивации Маслоу выделял два ее вида: дефицитарную мотивацию (дефицитарные мотивы) и мотивацию роста (мотивы роста). Цель первой состоит в удовлетворении дефицитарных состояний (голода, опасности и пр.). Мотивы роста имеют отдаленные цели и связанные со стремлением к самоактуализации. Эти потребности Маслоу обозначил как метапотребности. Метамотивация невозможна до тех пор, пока человек не удовлетворит дефицитарные потребности. Депривация метапотребностей, с точки зрения Маслоу, может вызвать психические заболевания.

Рождерс также рассматривает невозможность самоактуализации, блокирование этой потребности как источник возможных нарушений. Мотивация самоактуализации может быть реализована, если человек имеет адекватный и целостный образ Я, формирующийся и постоянно развивающийся на основе осознания всего опыта собственных переживаний. Другими словами, условием формирование адекватной Я-концепции является «открытость опыту». Однако человек часто сталкивается с такими собственными переживаниями, таким опытом, которые могут в большей или меньшей степени расходиться с представлением о себе. Расхождение, несоответствие между Я-концепцией и переживанием представляет угрозу для его Я-концепции. Эмоциональной реакцией на ситуацию, воспринимаемую как угроза, является тревога. В качестве противодействия этому рассогласованию и вызванной им тревоге человек использует защиту. Роджерс, в частности, указывал два основных защитных механизма — искажение восприятия и отрицание. Искажение восприятия — это вид защиты, представляющий собой процесс трасформации угрожающих переживаний в такую форму, которая соответствует или согласуется с Я-концепцией. Отрицание представляет собой процесс полного исключения из сознания угрожающих переживаний и неприятных аспектов действительности. Если степень расхождения между Я-концепцией слишком велика, если переживания полностью не согласуются с образом Я, тогда уровень внутреннего дискомфорта и тревоги слишком высок, чтобы человек мог с ним справиться. В таком случае развивается либо повышенная психологическая уязвимость, либо различные психические расстройства, например невротические нарушения. В связи с этим возникает вопрос, почему у одних людей Я-концепция достаточно адекватна и человек способен переработать новый опыт и интегрировать его, а у других этот опыт представляет угрозу для Я? Я-концепция формируется в процессе воспитания и социализации и во многом, с точки зрения Роджерса, определяется потребностью в положительном принятии (внимании). В процессе воспи-

тания и социализации родители и окружающие могут демонстрировать ребенку условное и безусловное принятие. Если ребенок чувствует, что его принимают и любят вне зависимости от того, как он себя сейчас ведет («Я тебя люблю, но твое поведение сейчас мне не нравится» — безусловное принятие), то ребенок будет уверен в любви и принятии. В дальнейшем человек будет менее уязвим по отношению к опыту, не согласующемуся с Я. Если же родители ставят любовь и принятие в зависимость от конкретного поведения («Я тебя не люблю, потому что ты плохо себя ведешь», что означает: «Я буду тебя любить только в том случае, если ты будешь хорошо себя вести» — условное принятие), то ребенок не уверен в своей ценности и значимости для родителей. Он начинает ощущать, что в нем, в его поведении есть что-то такое, что лишает его родительской любви и принятия. Те проявления, которые не получают одобрения и вызывают негативные переживания, могут исключаться из Я-концепции и искажают и препятствуют ее развитию. Человек избегает ситуаций, которые потенциально могут вызвать неодобрение и негативную оценку. Он начинает руководствоваться в своем поведении и в жизни чужими оценками и ценностями, чужими потребностями и все дальше уходит от самого себя. В итоге личность не получает полного развития. Таким образом, отсутствие безусловного принятия формирует искаженную Я-концепцию, которая не соответствует тому, что есть в опыте человека. Неустойчивый и неадекватный образ Я делает человека психологически уязвимым к чрезвычайно широкому спектру собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я-концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, которые могут стать причиной манифестации невротических расстройств.

Франкл, основатель «третьего венского направления психотерапии» (после Фрейда и Адлера), считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Современный невротический пациент страдает не от подавления сексуального влечения и не от чувства собственной неполноценности, а от экзистенциальной фрустрации, которая возникает в результате переживания человеком чувства бессмысленности собственного существования. Одну из своих книг Франкл так и назвал — «Страдание в жизни, лишенной смысла». Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, а невозможность удовлетворения этой потребности ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу.

Таким образом, в рамках гуманистического (экзистенциально-гуманистического, опытного) подхода психические нарушения, в частности невротические расстройства, рассматриваются как результат блокирования специфически человеческой потребности: невозможности самоактуализации, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

Психотерапия. Включает разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет идея личностной интеграции, личностного роста, восстановления целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции опыта, уже существующего и полученного в ходе психотерапевтического

процесса. Но представления о том, каким путем, за счет чего пациент в ходе психотерапии может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, у представителей этого направления различаются.

Обычно в «опытном» направлении выделяют три основных подхода. Основанием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного» направления являются представления о том, за счет чего пациент осознает, принимает и приобретает опыт и интегрирует его, хотя обозначения этих подходов весьма условны.

Философский подход. Теоретической основой являются экзистенциальные взгляды и гуманистическая психология. Все, что излагалось выше, прямо относится именно к этой ветви опытного направления. В качестве основной цели психотерапии рассматривается помощь человеку в становлении самого себя как самоактуализирующейся личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии смысла собственного существования, в достижении аутентичного существования. Это может быть осуществлено путем развития в процессе психотерапии адекватного образа Я, адекватного самопонимания и развития новых ценностей. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения между Я-концепцией и опытом рассматриваются как наиболее значимые факторы психотерапевтического процесса.

Задача психотерапевта состоит в том, чтобы поднять уровень осознанности поведения, помочь скорректировать отношение к самому себе и окружающим, освободить скрытый творческий потенциал и способность к саморазвитию. Новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой.

Наиболее полное выражение этот подход получил в разработанной Роджерсом клиент-центрированной психотерапии, получившей широкое распространение и оказавшей значительное влияние на развитие групповых методов. Для Роджерса задачи психотерапии заключаются в создании условий, способствующих новому опыту (переживаниям), на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном, внутренне приемлемом направлении. Происходит сближение реального и идеального образов Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке других. Психотерапевт последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса. Первая — это *эмпатия*. Эмпатия понимается как способность психотерапевта встать на место пациента, почувствовать его внутренний мир, понимая его высказывания так, как он сам это понимает. Вторая — *безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие*. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, какими качествами он обладает, болен он или здоров. Третья — *собственная конгруэнтность*, или *аутентичность психотерапевта*. Она означает истинность поведения психотерапевта, поведение, соответствующее тому, какой он есть на самом деле.

Все эти три параметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непосредственно вытекают из взглядов на проблему личности и возникновение расстройств. Они, по сути дела, представляют собой «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений. Роджерс особо подчеркивал значение субъективного опыта (личного мира переживаний человека) и полагал, что другого человека можно понять, только непосредственно обращаясь к его субъективному опыту. При этом не имеет смысла изучать отдельные элементы, а необходимо попытаться понять человека как некую целостность. Эмпатия, предполагающая «вчувствование» во внутренний мир пациента, погружение в его субъективный мир, субъективный опыт, как раз и представляет собой необходимый способ («метод») познания пациента. Недостаток безусловного принятия со стороны родителей препятствует формированию целостного, адекватного образа Я у ребенка, вызывает рассогласование между Я-концепцией и опытом. Безусловное положительное отношение к пациенту со стороны психотерапевта восполняет этот дефицит и создает перспективу развития адекватного образа Я. Аутентичность или конгруэнтность психотерапевта показывает пациенту преимущества открытости, спонтанности, искренности, помогая ему также освободиться от «фасадов».

Роджерс считал, что в процессе реализации в поведении психотерапевта эмпатии, принятия и конгруэнтности, он передает пациенту свое отношение, что приводит к увеличению безусловного принятия пациентом самого себя и росту самоуважения. Он так описывал процесс психотерапии: «Я позволяю себе полностью погружаться во взаимоотношения, в них участвует весь мой организм, не только сознание. Я отвечаю не по сознательному плану, а просто, нерефлексивно. Мой ответ основан на чувствительности всего моего организма к другой личности. Я переживаю эти взаимоотношения на такой основе». Указанные факторы Роджерс рассматривал как предпосылку к изменениям в человеке. Сложившиеся таким образом отношения с психотерапевтом пациент воспринимает как безопасные, ощущение угрозы при этом редуцируется, постепенно исчезает защита, вследствие чего пациент начинает открыто говорить о своих чувствах и переживаниях. Искаженный ранее по механизму защиты опыт теперь воспринимается более точно, пациент становится более «открытым опыту», который ассимилируется и интегрируется Я, а это способствует увеличению конгруэнтности между опытом и Я-концепцией. У пациента возрастает позитивное отношение к себе и другим, он становится более зрелым, ответственным и психологически приспособленным. В результате этих изменений восстанавливается и приобретает возможность дальнейшего развития способность к самоактуализации, личность начинает приближаться к своему «полному функционированию».

Экзистенциальная психотерапия. В ее основе лежат феноменологическая и экзистенциальная философия и психология (Гуссерль, Хайдегер, Ясперс, Сартр). Центральное понятие учения — экзистенция (от позднелат. *existentia* — существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь. Все проявления определяются через смерть — человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть).

Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Экзистенциальная психотерапия представляет собой собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, ее уникальность, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В Европе представителями экзистенциального анализа являются Бинсвангер, Босс, Франкл. В США выделилось экзистенциально-гуманистическое направление, известными представителями которого являются Мей, Бьюдженталь, Ялом.

В психотерапевтической теории и практике в рамках философского подхода наиболее известны *дазайн-анализ* Бинсвагера, *клиент-центрированная психотерапия* Роджерса, *разговорная психотерапия* Тауша, *логотерапия* Франкла и др.

Соматический подход. При этом подходе новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет общения с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. Используют как вербальные, так и невербальные методы, применение которых способствует интеграции Я благодаря концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и сенсорных ответов. Делают акцент и на двигательных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию.

Примером этого подхода является *гештальттерапия* Перлса.

При ***духовном подходе*** новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает благодаря приобщению к высшему началу. В центре внимания находится утверждение Я как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что, по мнению представителей этого подхода, ведет к объединению человека со Вселенной (Космосом). Достигается это с помощью медитации (например, трансцендентальной медитации) или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации.

Таким образом, опытный подход объединяют представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановлении целостности и единства человеческой личности, что может быть достигнуто за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Пациент может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, различными путями: этому опыту могут способствовать другие люди (психотерапевт, группа), непосредственное обращение к ранее закрытым аспектам собственного Я (в частности, телесного) и соединение с высшим началом.

Карасу, рассматривая экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии, характеризует его следующими основными категориями:

- концепция патологии (основывается на признании существования экзистенциального отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, расщепления Я, рассогласования с собственными знаниями);
- здоровье (связано с реализацией потенциала человека — развитием Я, достижением подлинности, непосредственности);
- желательные изменения (непосредственность переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент);
- временной подход (внеисторический, фокусируется на феноменологическом моменте);
- лечение (кратковременное и интенсивное);
- задача психотерапевта (сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного);
- основной психотерапевтический метод (встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств);
- лечебная модель (экзистенциальная: диада равных людей, или «взрослый—взрослый», т. е. человеческий союз);
- характер отношения пациента к лечению (считается реальным в отличие, например, от признания существования переноса в динамическом направлении и представляет первостепенную важность);
- позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

Преемственность между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы является непременным условием научно обоснованных психотерапевтических школ.

* * *

Выше дано подробное изложение концепций личности и органически связанных с ними представлений о неврозах и их психотерапии, относящихся к трем ведущим современным направлениям психологии — психоанализу, бихевиоризму и гуманистической психологии.

Очевидно, что в психологии существуют десятки иных авторских концепций личности, часть из которых имеет в настоящее время лишь историко-научное значение. Другие представлены в литературе собственными взглядами на личность, неврозы и их лечение. Все многообразие концепций и оригинальных подходов в изучении личности представлено в табл. 14 и 15.

Нельзя не отметить вклада в развитие учения о личности отечественных психологов, хотя за редким исключением (Мясищев) они не оказали существенного влияния на развитие учения о неврозах и отечественную психотерапию.

Семейная психотерапия и семейное консультирование

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений для устранения эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер, Мишина). Иными словами, это психотерапия пациента в семье и с помощью семьи. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы развития семейная психотерапия впитала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной терапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Объектом терапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом:

- изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме;
- трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами;
- создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов;
- коррекция различных форм иерархического несоответствия;
- прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

Основные положения системного подхода. Семейная система представляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, производство). Семья — постоянно развивающаяся система вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, в свою очередь, последняя воздействует аналогичным образом на другие системы. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Таблица 15. Концепции личности в зарубежной психологии

Ученые-исследователи	Даты жизни	Теория личности	Основные труды	Психологическое направление
Адлер Альфред	1870–1937	Индивидуальная психология	«Практика и теория индивидуальной психологии» (1927); «Наука жизни» (1929); «Образ жизни (1930); «Смысл жизни» (1931)	Психодинамическое направление
Айзенк Ганс	1916–1997	Теория типов личности	«Измерение личности» (1947);«Научное исследование личности» (1952); «Структура человеческой личности» (1970); «Личность и индивидуальные различия» (1985)	Диспозициональное направление
Ангьял Андраш	1902–1960	Холистически-организмическая теория	«Основание для науки о личности» (1941); «Неврозы и лечение: холистическая теория» (1965)	Холистическое направление
Бандура Альберт	1925–1988	Социально-когнитивная теория научения	«Социальное научение и развитие личности» (1963); «Принципы модификации поведения» (1969); «Теория социального научения (1971); «Социальные основы мышления и поведения» (1986)	Поведенческое направление
Бинсвангер Людвиг	1881–1966	Бытийный (экзистенциальный) анализ	«Основные формы и состояния человеческого бытия» (1964)	Экзистенциальное направление
Босс Медард	Род. 1903	Дазайнанализ (экзистенциальный анализ)	«Психоанализ и дазайн-анализ» (1963)	Экзистенциальное направление
Гольдштейн Курт	1878–1965	Организмическая теория	«Организм» (1939); «Человеческая природа в свете психопатологии» (1940)	Холистическое направление
Доллард Джон (совм. с Миллером)	1900–1980	Теория социального научения	«Социальное научение и имитация» (1941); «Личность и психотерапия» (1950)	Поведенческое направление
Келли Джордж	1905–1967	Когнитивная теория	«Психология личностных конструктов» (1955)	Когнитивное направление
Кеттел Рэймонд	1905–1998	Факторная теория	«Описание и измерение личности» (1946); «Личность: системное теоретическое и фактическое исследование» (1950); «Научный анализ личности» (1965); «Наследование личности и способностей» (1982)	Диспозициональное направление

Продолжение табл. 15

Ученые-исследователи	Даты жизни	Теория личности	Основные труды	Психологическое направление
Кречмер Эрнст	1888–1964	Теория конституционально-психологических типов	«Строение тела и характер» (1921)	Конституциональное направление
Левин Курт	1890–1947	Теория поля	«Динамическая теория индивидуальности» (1935); «Принципы топологической психологии» (1936); «Теория поля в социальной науке; избранные труды» (1951)	Гештальт-психология
Маслоу Абрахам	1908–1970	Гуманистическая теория	«Религии, ценности и вершинные переживания» (1964); «По направлению к психологии бытия» (1968)	Гуманистическое направление
Мюррей Генри	1893–1988	Персонологическая теория	«Исследования личности» (1938)	Персонологическое направление
Миллер Нил	Род. 1909	Теория социального научения (совм. с Доллардом)	«Социальное научение и имитация» (1941); «Личность и психотерапия» (1950)	Поведенческое направление
Олпорт Гордон	1897–1967	Теория черт личности (диспозициональная теория личности)	«Личность: психологическая интерпретация» (1937); «Становление: основные положения психологии личности» (1955); «Личность и социальные конфликты» (1960); «Стиль и развитие личности» (1961)	Диспозициональное направление
Роджерс Карл	1902–1987	Феноменологическая теория	«Центрированная на клиенте терапия: ее современная практика, значение и теория» (1951); «Становление личности: взгляд психотерапевта» (1961)	Гуманистическое направление
Роттер Джулиан	род. 1916	Теория социального научения	«Социальное научение и клиническая психология» (1954); «Личность» (1975, в соавт.); «Развитие и приложения теории социального научения» (1982)	Социально-когнитивное направление
Салливан Гарри Стек	1892–1949	Интерперсональная теория	«Интерперсональная теория психиатрии (1947)	Психодинамическое направление
Скиннер Берхаус Фредерик	1904–1990	Теория оперантного подкрепления (научения)	«Поведение организмов» (1938); «Случайности подкрепления» (1968)	Поведенческое направление

Окончание табл. 15

Ученые-исследователи	Даты жизни	Теория личности	Основные труды	Психологическое направление
Фрейд Зигмунд	1856–1939	Психодинамическая теория	«Толкование сновидений» (1900); «Психопатология обыденной жизни» (1901); «Общие вводные лекции по психоанализу» (1917); «Очерк психоанализа» (1940)	Психодинамическое направление
Фромм Эрих	1900–1980	Гуманистическая психоаналитическая теория	«Бегство от свободы» (1941); «Человек для самого себя» (1947); «Психоанализ и религия» (1950); «Анатомия человеческой деструктивности» (1973); «Иметь или быть?» (1976)	Психодинамическое направление
Хорни Карен	1885–1952	Характерологический анализ; социокультурная теория личности	«Невротическая личность нашего времени» (1937); «Самоанализ» (1942); «Неврозы и развитие человека» (1950)	Психодинамическое направление
Шелдон Уильям	1899–1977	Конституционально-психологическая теория	«Виды человеческого телосложения» (1940); «Виды темперамента» (1942)	Конституциональное направление
Эриксон Эрик	1902–1994	Психосоциальная теория; эго-теория личности	«Детство и общество» (1950); «Инсайт и ответственность» (1964); «Идентичность: кризис юности» (1968); «История жизни и исторический момент» (1975); «Целостный жизненный цикл» (1982)	Психодинамическое направление
Юнг Карл Густав	1875–1961	Аналитическая психология	«Метаморфозы и символы либидо» (1913); «Психологические типы» (1921)	Психодинамическое направление

Таблица 16. Концепции личности в отечественной психологии

Исследователь	Даты жизни	Основные труды	Лица, оказавшие влияние на ученого
Абульханова-Славская Ксения Александровна	Род. 1932	«О субъекте психической деятельности» (1973); «Диалектика человеческой жизни» (1977); «Деятельность и психология личности» (1980)	С. Л. Рубинштейн
Ананьев Борис Герасимович	1907–1972	«Человек как предмет познания» (1969); «О проблемах современного человекознания» (1977)	С. Л. Рубинштейн

Окончание табл. 16

Исследователь	Даты жизни	Основные труды	Лица, оказавшие влияние на ученого
Бодалев Алексей Александрович	Род. 1923	«Формирование понятия о другом человеке как личности» (1970); «Личность и общение: избранные труды» (1983)	Б. Г. Ананьев В. Н. Мясищев
Божович Лидия Ильинична	1908–1981	«Личность и ее формирование в детском возрасте» (1968)	Л. С. Выготский А. Н. Леонтьев
Лазурский Александр Федорович	1874–1917	«Очерк науки о характерах» (1909); «Классификация личностей» (1921)	В. М. Бехтерев
Левитов Николай Дмитриевич	1890–1972	«О психических состояниях человека» (1964); «Психология характера» (1969)	А. Ф. Лазурский В. С. Серебренников
Леонтьев Алексей Николаевич	1903–1979	«Потребности, мотивы и эмоции» (1971); «Деятельность, сознание, личность» (1975)	Л. С. Выготский С. Л. Рубинштейн
Мерлин Вольф Соломонович	1892–1982	«Очерк психологии личности» (1959); «Очерк теории темперамента» (1964)	А. Ф. Лазурский М. Я. Басов
Мясищев Владимир Николаевич	1893–1973	«Психические свойства человека» (1957–1960, в соавт.); «Личность и неврозы» (1960)	А. Ф. Лазурский В. М. Бехтерев
Платонов Константин Константинович	1906–1984	«Структура и развитие личности» (1986)	Харьковская школа
Рубинштейн Сергей Леонидович	1889–1960	«Основы общей психологии» (1940); «Бытие и сознание» (1957)	После окончания Марбургского университета (Германия) как ученый развивался самостоятельно
Теплов Борис Михайлович	1896–1965	«Проблемы индивидуальных различий» (1961)	И. П. Павлов К. Н. Корнилов
Узнадзе Дмитрий Николаевич	1887–1950	«Экспериментальные основы психологии установки» (1949); «Основные положения теории установки» (1961)	После окончания Лейпцигского университета (Германия) как ученый развивался самостоятельно

Здоровые и дисфункциональные члены семьи могут проявить множество способов реагирования на «обратную связь» со средой. Обратная связь, следовательно, может быть обозначена как системный ответ на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказами от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть). Члены гармоничной се-

мьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях притяжение между родителями, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы. Здоровая семья основывается не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспечивает безопасность для вторых. Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Отдельные признаки гармоничной семьи перечислены ниже.

1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья — это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций.
2. Разделяются ответственность и обязанности между всеми ее членами.
3. Члены семьи поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь).
4. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.
5. Учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка.
6. Члены семьи обладают общей системой ценностей, знают свои права.
7. Существуют семейные традиции, дети знают своих предков, свои корни.
8. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления личностно-социальных границ.
9. Ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.
10. Уделяется внимание духовной жизни.
11. Уделяется время развлечениям.
12. Поощряется совместный прием пищи.
13. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).
14. Члены семьи создают условия для своего личностного роста.
15. Члены семьи не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

Дисфункциональная семья — семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов. Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появ-

ляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без симптома будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис): 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидация семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий. Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

Семейный диагноз. Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Специалисту рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье.

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функционирование?

2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?

3. Почему семья обратилась сейчас?

4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хронический характер? Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме.)

6. Связаны ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

«Идентифицированный пациент» — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту. «Идентифицированный пациент», или «носитель симптома», может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия («инконгруентная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования возникает в ситуациях страха, в результате болезни, миграции, расовой дискриминации. При длительном существовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергетики в семье.

Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

- члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;
- закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем, блокируют рост и развитие самой семейной системы; диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;
- блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» непроизвольно «оттягивает» энергию на себя;
- «идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок («носитель симптома») подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

7. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник.

8. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.

9. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

10. Обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

11. Получить информацию, объединяющую людей и события вместе. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект? Получение информации о текущем поведении «идентифи-

цированного пациента» помогает определить повторяющиеся картины возникновения проблем (циркулярная последовательность), выяснить попытки борьбы с проблемами и принятые решения, помогает поместить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные гипотезы.

12. Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие). Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская, женская или мужская подсистемы. Каждый индивид может принадлежать к нескольким семейным подсистемам.

Взаимодействия между подсистемами управляются определенными семейными правилами. Природа отношений подсистем — центральный пункт сбора анамнеза для детских психиатров, работающих с семьями, — кто кого слушает, кто кого игнорирует и кто меняется в результате получения информации от другого. Границы могут быть значительно нарушены: например, излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или присвоение родительских функций детьми («перевернутая иерархия»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, интерперсональной и экологической), составной частью которой является семья.

Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы создают крайние варианты. Если внешние границы слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если границы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой.

Внимание к центростремительным или центробежным импульсам помогает в сборе анамнеза. Центростремительная картина вытекает из «ригидной системы» Минухина, в которой «идентифицированный пациент» связан жесткими семейными границами. Положительное подкрепление чаще возникает внутри системы, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимаются с высокой степенью амбивалентности. При центробежных картинах пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняется из семьи. Система имеет недостаток внутреннего сплочения, и члены семьи находят положительное подкрепление вне семьи. Очень важно выявить такие картины рано, так как это будет способствовать предупреждению болезней.

13. Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение,

14. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотреагированных потерь и дисстрессов, а также семейных секретов (табу).

Секрет — это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи. Определенные секреты могут усилить уязвимость одного члена семьи, смущение другого, спровоцировать на неблаговидный поступок из-за нежелания огласки. Роль секрета — стаби-

лизировать или защитить семейную систему. Это непросто — хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное количество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут быть и неосознанными. Хотя все члены семьи знают о секрете, сам секрет редко упоминается внутри системы.

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательным слушанием и улавливанием деталей, выявлением болезненных тем у семьи и «вытаскиванием» их вопросами; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

15. Доступна ли семья, включая «носителя симптома», изменениям? После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом ему необходимо составить терапевтический контракт с семьей заданием условий курса терапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой, постановкой дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но сопротивляться изменениям.

16. Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям.

17. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

18. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей.

Обратите внимание на ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ. Эти реакции обычно дают представление о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему. Проверьте систему на ее относительную толерантность к отделению. Например, можно вовлечь пациента в диалог о будущем или о женитьбе, используя свой собственный стиль, возможно, в игровой манере, а затем наблюдать за резонансом системы на подобное вмешательство.

Реконструкция семейных отношений. Хотя трудно отделить диагностическую и терапевтическую части при проведении семейной психотерапии, в системной семейной психотерапии условно выделяют следующие этапы: объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой структуре ролей; формулирование терапевтического запроса; реконструкция семейных отношений.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существуют три типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта на первом этапе нейтральна и заключается в минимизации комментариев прямых и непрямых сообщений и невербального поведения. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используют прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходило следующее...»

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в такой последовательности: XR—UR—ZR, где X — уровень манипулятивного запроса; U — уровень осознания себя как неэффективных родителей; Z — уровень осознавания своей некомпетентности как супругов; R — ресурсные состояния отдельных членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуществлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуры и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

Вызов семейной структуре. Эта техника направлена на модификацию иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Описана следующая процедура применения данной методики.

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный «идентифицированный пациент». Он наблюдает, как действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию экспер-

та, терапевт может утверждать: «Я вижу нечто иное, происходящее в семье, что опровергает ваше мнение о том, где кроется болезнь». Часто он оспаривает мнение о том, что семейная проблема заключена только в одном человеке: «У вашей семьи проблема в том, как вы общаетесь друг с другом». «Идентифицированный пациент» может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внимания семьи отвлекает ее от иных проблем, например длительного супружеского конфликта.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к подростку, он говорит: «Ты ведешь себя так, будто тебе 4 года». Затем, повернувшись к родителям, спрашивает: «Как вам удалось сохранить его столь юным?» Психотерапевт одновременно присоединяется к субъекту и атакует его поведение. При этом «идентифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответственность за такое поведение возложена на родителей.

3. Сомнение во временно́й последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению хронологию событий в семье, расширяя временну́ю перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть какого-то большего целого. Он дает возможность увидеть семье стереотипы взаимоотношений, а не действия отдельного индивида. Психотерапевт может подчеркивать, что общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами субсистем ребенок чихает, а мать передает отцу носовой платок для него... Психотерапевт говорит: «Будьте здоровы. Смотрите, как одно чихание привело в действие всех. Сразу видно, что в вашей семье люди помогают друг другу».

Психотерапевтический контракт. Целью этого приема является установление и закрепление (обычно в письменной форме) взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговариваются ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики условий для каждого партнера. Согласно оперантному научению, позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип маленьких шагов). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на занятии, например можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта.

Эксперимент возникает на каждом занятии, так как психотерапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. При использовании этого приема предполагают изменения семейного гомеостаза. Например, вовлеченную

в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В процессе проведения эксперимента могут возникнуть изменения гомеостаза и последующее напряжение, например отказ от сотрудничества находящейся в очень напряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить психотерапевту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезновения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может прекратить лечение.

Выявление семейных трансактных картин взаимодействия. Пациенты часто демонстрируют картины взаимодействия между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. В идеале каждый член семьи учится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать проблему из позиции другого. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например интеллектуализацию, и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и действие.

Социометрические приемы и техники. Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг против друга, используя приемы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Преимущества социометрических техник и приемов заключаются в следующем.

1. Дают возможность уменьшить монотонность семейной дискуссии, наглядно изображая семейные конфликты через «терапию действием».
2. Помещают прошлое, настоящее и будущее в ситуацию «здесь и теперь».
3. Усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.
4. Представляют собой своеобразную форму метакоммуникации. Пациенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда треугольники, альянсы и конфликты наглядно и символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия на основе чувств в их тончайших оттенках.
5. Дают возможность терапевту прямо вмешаться в семейную систему.

Определение границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность.

Предоставление заданий. Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помолчать 5 минут, а малоразговорчивого члена семьи рассказать о той или иной проблеме, то это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет создания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно рекомендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с матерью, предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт. Мужу — сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный эксперимент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с симптомом. Если симптом другого члена семьи исчезает раньше, чем у «идентифицированного пациента», семья может прекратить лечение. Симптом может быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осознания семьи в его необходимости. Так, в случае алкоголизма у мужа жене, которая все годы супружества контролировала мужа, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поездку).

Психотерапевтическая работа с одной подсистемой. Заслуги стратегической семейной психотерапии, специфика которой характеризуется активными попытками терапевта сделать членов семьи ответственными друг за друга, формированием терапевтических альянсов, более частыми по сравнению с другими подходами встречами с членами семьи по отдельности, могут привести к возможности работы с «идентифицированным пациентом» заочно. Такая ситуация нередко возникает в случае прихода одного из значимых членов семьи и отказа от встречи с психотерапевтом другого члена семьи. Исходя из принципов системной семейной терапии ставится следующая цель: изменяя поведение одного члена семейной системы, предоставить шанс измениться другому.

Семейная психотерапия у пациентов с алкоголизмом и наркоманией (*аддиктивным поведением*). Средовые (социальные) факторы — наиболее сильные предикторы аддиктивного поведения. Наибольшее значение приобретают нарушения семейного контекста. При сборе семейного анамнеза следует обратить внимание на детальное описание семейного функционирования, включая прародительскую историю потребления психоактивных веществ, наличие текущего семейного кризиса, ранние детско-родительские конфликты. Тщательный анализ дисфункции семьи и ее составляющих важен не только для лечения и психопрофилактики аддиктивного поведения, но также и для прогноза результатов лечения.

Семейная психотерапия аддиктивного поведения основывается на следующих принципах.

Выдвигается гипотеза, что прием психоактивных веществ возник в результате дисфункции семьи. Это проблема не только семьи, но и микросоциального окружения, с которым пациент взаимодействует.

Хотя бы раз следует собрать всю семью для проведения интервью и составления семейного диагноза — «карты семьи». С началом интервью гипотеза проверяется реальной семейной ситуацией. Если семейная ситуация не изменится, у пациента возможен рецидив нарушения поведения, несмотря на предпринимаемые меры.

Работа с семьей начинается с присоединения как к семейной системе, так и к каждому ее члену. При этом акцентируется внимание на вербальном и невербальном поведении участников встречи и «картине» их взаимодействия. Нейтральная позиция и сохранение статуса «эксперта» — важная задача психотерапевта. Если последний отступает от этого правила и присоединяется к проблемному пациенту — нередко происходит «срыв» психотерапии.

В ходе диагностических сеансов полезным приемом может оказаться применение циркулярного метода опроса, заключающегося в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию для постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношения двоих других. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая техника дает более существенную информацию как психотерапевту, так и семье. Интервью рекомендуется начинать с инициатора обращения, так как он несет бóльшую ответственность за семью. Реакции одного члена семьи провоцируют то или иное поведение другого, что, в свою очередь, закрепляет поведение первого. Ярким примером подкрепляющего поведения является сверхвнимание, получаемое «носителем симптома» от других членов семьи. Попытка психотерапевта изменить сложившиеся стереотипы приводит к сопротивлению членов семьи, а также к усилению или хронизации симптоматического поведения.

Гипотеза подтверждается, когда есть связь между появлением симптома у его «носителя» и взаимоотношением в семейной системе. Во время консультирования психотерапевт создает условия для разделения ответственности за проблему между всеми членами семьи — выход на «один уровень». Например, если семья приходит с установкой, когда все обвиняют пациента в «плохом поведении», то вопросы типа: «Кто еще ведет себя подобным образом?» или «Почему брат ведет себя хорошо?» — будут стимулировать принятие ответственности за создавшуюся ситуацию всеми членами семьи. Можно использовать гипотетические вопросы, начинающиеся с «если». Они помогают психотерапевту уменьшить сопротивление и раскрыть истинность обращения.

Конфликты между другими членами семьи игнорируются и минимизируются, пока «идентифицированный пациент» не придет к «норме». Прекращая злоупотреблять психоактивными веществами, «носитель проблемного поведения» усиливает нестабильность семьи. Родители имеют шанс развестись или заболеть. Увеличение приема психоактивных веществ — частая картина стабилизации семьи. Если психотерапевт объединяется с родителями против проблемы пациента, они становятся его союзниками и пациенту нет необходимости их «спасать».

Рекомендуется избегать обвинения родителей и искать подкрепляющие методы для последующего решения проблем. Следует побуждать родителей говорить о своем проблемном родственнике в положительном ключе, искать его ресурсы. Надо исследовать, что помогало семье решать подобные проблемы в прошлом. Предполагается, что в данный момент семья находится в кризисе и «носитель симптома» отражает его. Например, можно сообщить семье, что Таня злоупотребляет алкоголем для поддержания внимания к ней родителей или Иван делает такие вещи, которые жена считает неприличными, но делает он это для сохранения

брака. Во время работы рекомендуется создавать условия для разделения ответственности за проблему между всеми членами семьи — выход на «один уровень».

Наличие множества собственных «нерешенных» проблем в «родительской подсистеме», проецируемых на «детскую подсистему» (особенно в случаях нарушения границ между подсистемами по типу «запутанного клубка» по Минухину), служат причиной рецидивов аддиктивного поведения. Следует рекомендовать таким родителям включиться в тренинг родительской компетентности, посещать группу поддержки родственников, имеющих в семье больного алкоголизмом или наркоманией, или получить любую другую доступную в данном регионе форму психологической помощи.

Результативность психотерапии определяется появлением позитивных изменений в поведении пациента. Задачей психотерапии служит решение не всех семейных проблем, а только относящихся к проблемному пациенту. Если семья желает работать глубже, создаются условия для нового контракта.

Семейная психотерапия представляет собой наиболее сложный вид профессиональной деятельности, требующей от специалиста знаний и умений в области индивидуальной и групповой психотерапии, холистического мировосприятия. Усилия классиков семейной терапии были направлены на развитие личности в семейном окружении. Семейная психотерапия изменила область практической психологической помощи, противопоставляя образ психотерапевта образу гуру. Психотерапевт не может дать семье больше, чем члены семьи могут сделать друг для друга, он лишь открывает ресурсы семьи для помощи ее членам. Семейная психотерапия есть искусство и наука по реализации этого потенциала.

Сам же семейный психотерапевт избежит «сгорания», если будет всерьез принимать во внимание свои собственные потребности, обладать высоким самоуважением. Техники и приемы, используемые психотерапевтом, — это психотерапевтическое вмешательство (интервенция). Поэтому нельзя забывать старую истину, что действие рождает противодействие и всегда существует реальность разрушительного влияния семейной системы на психотерапевта.

В психотерапии, как ни в одной другой области медицины, велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов семейной психотерапии, поддержка коллег позволяют психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное долголетие.

Семейное консультирование является разновидностью семейной психотерапии, имеющей свои отличительные признаки, границы и объем интервенции. Семейное консультирование развивалось параллельно с семейной психотерапией, и они взаимно обогащали друг друга.

Семейное консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в ней и обеспечения возможностей личностного роста. Принципиальное отличие семейного консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в акценте на анализе ситуации, аспектах ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации — «веера решений». Многообразие приемов и методов семейного консультирования обусловлено различными

теоретическими концепциями, среди которых ведущими в настоящее время являются когнитивно-поведенческая психотерапия, в том числе рационально-эмоциональная психотерапия, системное и эмпирическое направления (Минухин, Сатир и др.). Эйдемиллер приводит основные принципы и правила семейного консультирования.

1. Установление контакта и присоединение консультанта к клиентам — достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, приемов мимезиса, синхронизации дыхания консультанта и «заявителя» проблемы, использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто сообщает о семейной проблеме.

2. Сбор информации о проблеме клиента с использованием приемов метамоделирования и терапевтических метафор. Субъективизации психотерапевтической цели способствуют такие вопросы: «Чего вы хотите?», «Какого результата вы хотите достигнуть?», «Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы “не”, терминами положительного результата».

3. Обсуждение психотерапевтического контракта. Эта часть семейного консультирования признается многими специалистами как одна из самых важных. Обсуждается распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности семейного консультирования и технологии доступа к разрешению проблемы клиента, а последний — за собственную активность, искренность, желание изменить свое ролевое поведение и др. Затем участники семейного консультирования договариваются о продолжительности работы (в среднем общее время 3–6 ч) и длительности одного сеанса. Обсуждается периодичность встреч: обычно вначале 1 раз в неделю, далее 1 раз в 2–3 недели. Важной стороной в семейном консультировании является обсуждение условий оплаты либо предоставление клиенту информации о том, сколько семейное консультирование может стоить, если осуществляется в бюджетном муниципальном учреждении, так как это способствует усилению мотивации клиентов к терапевтическим изменениям. Необходимо также оговорить возможные санкции за нарушения сторонами условий контракта.

4. Следующий шаг в процедуре семейного консультирования — уточнение проблемы клиента с целью максимальной ее субъективизации, определение ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности. Этому помогают вопросы: «Как раньше вы справлялись с трудностями, что вам помогало?», «В каких ситуациях вы были сильными, как вы использовали свою силу?»

5. Проведение собственно консультации. Необходимо укрепить веру клиентов в успешность и безопасность процедуры консультирования: «Ваше желание осуществить изменения, ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании с желанием консультанта сотрудничать с вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы». С участниками консультирования обсуждают положительные и отрицательные стороны сложившихся стереотипов поведения, например, с помощью таких вопросов: «Что, по вашему мнению, самое плохое в сложившихся обстоятельствах?», «Что самое хорошее в обсуждаемой ситуации?» Осуществляется совместный поиск новых шаблонов поведения — «веера решений». Консультант предлагает следующие вопросы:

«Что вы еще не делали, чтобы решить проблему?», «Как вели себя значимые для вас люди, оказавшись в сходной ситуации? А вы так смогли бы поступить?», «Что вам поможет совершить такой же поступок?» Можно использовать приемы визуализации: клиенты, находясь в трансе (этому способствует «точное следование по маршруту проблемы заявителя»), создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом кинестетические ощущения.

6. Этот шаг семейного консультирования называется «экологической проверкой» (Бендлер, Гриндер). Консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5—10 лет и исследовать свое состояние.

7. Приближаясь к завершению семейного консультирования, консультант предпринимает усилия по «страхованию результата». Это связано с тем, что иногда клиенты нуждаются в действиях, помогающих им обрести уверенность при освоении новых шаблонов поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание и приглашение прийти на повторную консультацию спустя какое-то время для обсуждения полученных результатов.

8. В ряде случаев необходимо провести процедуру «отсоединения». Она может произойти автоматически при сравнении клиентами заявленной цели и обретенного результата, но иногда консультант вынужден стимулировать отсоединение (Эйдемиллер, Хэйли). Хэйли с этой целью часто использует «парадоксальные задания», точное выполнение которых приводит к прямо противоположному результату. К примеру, молодым супругам, которые консультировались по поводу того, как выражать свои чувства — открыто или сдержанно, было предложено такое задание: «На протяжении недели ссорьтесь по одному часу в сутки с целью проверки своего эмоционального реагирования». При этом Хэйли учитывал человеческую природу: никто сознательно не будет делать себе и другому что-то во вред. У супругов, которые попробовали выполнять это задание и бросили его, наоборот, укрепилось желание ценить друг друга, и они приняли решение отказаться от услуг «странного» консультанта.

В настоящее время семейное консультирование является наиболее востребованным видом психотерапевтической помощи в России. Помимо здравоохранения семейные консультанты появились в системе образования — в психологических центрах, непосредственно в школах, консультациях, действующих в системе Министерства социальной защиты и комитетов по охране семьи и детства, а также в других учреждениях.

Групповая психотерапия

Понятие групповой психотерапии. Групповая и индивидуальная психотерапия представляют собой две основные формы психотерапии. Специфика групповой психотерапии как лечебного метода заключается в целенаправленном использовании в психотерапевтических целях групповой динамики в лечебных целях (т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта). Термин «групповая психотерапия» далеко не всегда используется точно и адекватно. Можно выделить три наиболее распространенные ошибки: понимание групповой психо-

терапии, во-первых, как психотерапии в группе (использование какого-либо психотерапевтического метода в группе больных), во-вторых, как самостоятельного психотерапевтического направления и, в-третьих, как метода, имеющего специфические задачи, отличные от индивидуальной психотерапии. Рассмотрим каждое из этих представлений.

Групповая психотерапия не является использованием любого психотерапевтического метода в группе больных. Она отличается от групповой терапии, коллективной терапии и психотерапии в группе. Термины «групповая терапия», «коллективная психотерапия» и «психотерапия в группе» означают лишь использование какого-либо психотерапевтического метода в группе больных. О собственно групповой психотерапии можно говорить только тогда, когда психотерапевтом используется терапевтический потенциал группы как таковой. В любой группе людей, которые общаются непосредственно и достаточно продолжительное время, возникают определенные групповые феномены, такие как нормы, распределение ролей, выделение лидеров и другие. Именно эти групповые процессы могут использоваться для достижения психотерапевтических целей. Помогая пациенту понять, какую роль в группе он стремится играть или играет на самом деле, мы можем помочь ему осознать, к какому положению он стремится, какие потребности хочет удовлетворить, насколько успешным является его поведение, приносит ли это ему удовлетворение и пр. Таким образом, анализируя поведение пациента в рамках группового взаимодействия, мы расширяем сферу его самопонимания. В этом смысле групповой психотерапией может быть назван лишь такой способ ведения группы, когда психотерапевт сознательно использует весь спектр взаимоотношений и взаимодействий, возникающих в группе, в лечебных психотерапевтических целях. В этом и заключается специфика групповой психотерапии как психотерапевтического метода.

Групповая психотерапия не является самостоятельным теоретическим направлением в психотерапии, хотя в некоторых учебниках можно встретить такое деление: психоанализ, бихевиоризм, групповое движение. В этом случае групповая психотерапия занимает место гуманистического (экзистенциально-гуманистического) направления в психотерапии. Таким представлениям тоже можно найти объяснение. Гуманистическое направление в психотерапии в качестве основного вида терапевтического вмешательства рассматривает межличностное взаимодействие. Можно вспомнить определение психотерапии, достаточно распространенное в рамках этой теоретической ориентации: «Психотерапия есть процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений». Именно такое взаимодействие и является основным терапевтическим инструментом. Кроме того, идеи, развиваемые экзистенциально-гуманистическим направлением (проблемы отчуждения, невозможности самореализации, одиночества), во многом соответствуют задачам, которые решает и групповая психотерапия. Однако если пытаться определить теоретическое направление, с которым групповая психотерапия наиболее тесно связана и по сути своей, и по своей истории, то, безусловно, следует указать психодинамический подход. Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психотерапия (как и индивидуальная форма) применяется в рамках

различных теоретических ориентаций, где анализ группового взаимодействия используется для решения специфичных для этого направления психотерапевтических задач. Существуют аналитически (психодинамически) ориентированные группы, группы поведенческой и гуманистической направленности. Таким образом, групповая психотерапия не является самостоятельным теоретическим направлением в психотерапии, а представляет собой специфическую форму или метод, где основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной, где таким инструментом является психотерапевт.

Теоретическая ориентация определяет своеобразие и специфику групповой психотерапии: конкретные цели и задачи, содержание и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор конкретных методических приемов и техник и пр. Все эти переменные также связаны с нозологической принадлежностью контингента больных, участвующих в работе психотерапевтической группы.

В качестве самостоятельного направления в психотерапии групповая психотерапия выступает лишь в том смысле, что более прицельно рассматривает пациента в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса, фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на совокупности его реальных взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми и с окружающим миром. Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его типичные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни: в ней пациент проявляет те же отношения, установки и ценности, те же способы эмоционального реагирования и поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия.

Ошибочна позиция противопоставления индивидуальной и групповой психотерапии с точки зрения их целей. Так, существуют представления, согласно которым индивидуальная психотерапия направлена на переработку глубинного внутриличностного психологического конфликта, в то время как групповая психотерапия направлена на преодоление конфликтов в сфере межличностного взаимодействия. В таком понимании групповая психотерапия сводится к воздействию только на межличностном уровне и представляет собой скорее социально-психологический или поведенческий тренинг, направленный на развитие социальной компетентности, умения общаться в различных ситуациях, формирование навыков преодоления межличностных конфликтов и эффективного конструктивного межличностного взаимодействия и общения. Однако трудности в сфере межличностного взаимодействия, межличностные конфликты в значительной степени являются следствием глубинных, неосознаваемых психологических проблем и кол-

лизий, нарушений отношений личности. В процессе социально-психологического тренинга к причинам межличностных нарушений обычно не обращаются, поскольку это не входит в его задачи. Но именно это является задачей психотерапии. Например, человек, который слишком много говорит и не дослушивает других до конца, может так себя вести не только и не столько потому, что его этому никто не научил и он сам не научился. Он не обучился этим навыкам, потому что в нем самом есть нечто, препятствующее такому научению. Возможно, в детстве родители обращали на него мало внимания, никогда не выслушивали до конца, пренебрегали его желаниями и его мнением. Вследствие этого у ребенка сложилось представление, что он был им неинтересен, потому что «плохо себя вел», не мог выразить то, что хочет, и таким образом, чтобы это было понятно другим. Многословие, желание «договорить до конца» может быть способом добиться внимания и признания со стороны других, попыткой быть понятым. Человек с такой историей просто в процессе тренинга вряд ли сможет избавиться от такой формы поведения. Помочь ему может осознание глубинных причин и мотивов собственного поведения, получение признания в группе, приобретение уверенности в собственной человеческой ценности. Только за счет осознания и частичного насыщения фрустрированной потребности человек сможет изменить свое поведение в дальнейшем. И если групповая психотерапия не будет решать этих задач, то она попросту не будет психотерапевтическим, т. е. лечебным, методом. Поэтому любая психотерапия, ориентированная на относительно глубокие личностные изменения, направлена на переработку глубинного (внутриличностного) психологического конфликта.

Групповая психотерапия имеет прежде всего лечебные цели и в рамках конкретного психотерапевтического направления решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью своих средств. Если психотерапия направлена на раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных, нарушенных отношений личности, обусловливающих его возникновение и субъективную неразрешимость, то эта цель является общей и для индивидуальной, и для групповой психотерапии. Таким образом, индивидуальная и групповая формы психотерапии решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику.

Отличие индивидуальной психотерапии и групповой, при наличии общих задач, заключается в том, что индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована и акцентирует внимание на историческом (генетическом) аспекте личности пациента, но учитывает при этом и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — в большей степени на межличностных аспектах, но обращается и к историческому плану личности пациента. Иными словами, групповая психотерапия раскрывает внутриличностную проблематику пациента преимущественно на основании анализа того, как она представлена и раскрывается в процессе межличностного взаимодействия пациента в группе. Однако «преимущественно» не означает «исключительно». В групповой психотерапии внутренний

психологический конфликт и коррекция нарушенных отношений личности раскрываются через их непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе. В то же время в групповой психотерапии, несмотря на доминирующую интеракционную направленность, не ограничиваются только актуальной ситуацией «здесь и теперь».

Адекватная коррекция нарушенных отношений личности может быть осуществлена пациентом лишь в том случае, если весь комплекс психологических особенностей, проявляющихся в процессе группового взаимодействия, соотносится с его реальной ситуацией и проблемами вне группы, позволяет реконструировать особенности взаимоотношений в ситуациях «там и тогда». Закономерная повторяемость, стереотипность конфликтных ситуаций, особенностей поведения и эмоционального реагирования в группе и вне ее, в настоящем и в прошлом, делают для пациента более наглядным и убедительным содержание обратной связи, получаемой в группе. Это способствует созданию устойчивой мотивации к самоисследованию и коррекции своих отношений, позволяет вычленить то, что стоит за поведением в различных ситуациях. Следствием представления, что процесс групповой психотерапии должен ограничиваться ситуацией «здесь и теперь», может быть лишь уменьшение эффективности психотерапевтического воздействия.

Один из важнейших механизмов лечебного действия групповой психотерапии — возникновение и переживание пациентом в группе тех эмоциональных ситуаций, которые были у него в реальной жизни в прошлом и являлись субъективно неразрешимыми и неотреагированными (т. е. такими, с которыми он не смог справиться) — предполагает переработку прошлого негативного опыта, проявляющегося в актуальной эмоциональной ситуации в группе, без которого невозможно достичь позитивных, достаточно глубинных личностных изменений. Адекватное самопонимание также не может быть достигнуто вне общего контекста формирования развития личности пациента. Как групповая психотерапия не ограничивается межличностным уровнем, так и индивидуальная психотерапия не сводится только к осознанию на основе генетического (исторического) анализа.

В индивидуальной психотерапии, так же как и в групповой, и реальное эмоциональное взаимодействие, и рассказ пациента о себе, своей жизни, своем прошлом в определенной степени отвечает принципу «здесь и теперь». Во-первых, вербальная активность (или неактивность) обусловлена его актуальным взаимодействием с психотерапевтом или группой: доверием или недоверием, ощущением угрозы или безопасности, желанием вызвать сочувствие, найти понимание, контакт, сотрудничать или перенести всю ответственность за лечение на психотерапевта или группу. Во-вторых, рассказ пациента о своем прошлом, воспоминания зачастую вызывают сильные эмоции, сопоставимые с теми, которые возникали в реальной ситуации. Однако рассказ о прошлом может не только спровоцировать сильные актуальные переживания, но и способствовать адекватной и точной их вербализации и осознанию, а также помочь другим пациентам увидеть что-то (похожее или отличное) и в себе самих. Поэтому ограничение психотерапевтического процесса в индивидуальной психотерапии только генетическим (историческим) планом, а в групповой — только межличностным, так же как и чрезвычайно узкое понимание термина «здесь и теперь», представляется необоснованным.

История групповой психотерапии — это движение от групповой терапии к групповой психотерапии, т. е. к пониманию и использованию в терапевтических целях групповых эффектов. С начала существования медицины для оказания помощи больным целители применяли методы психологического воздействия, широко пользуясь в этих целях группой. Проявляющиеся в группе ожидания, ориентации, эмоции, чувство надежды, вера в компетентность целителя и эффективность применяемых им процедур увеличивали состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере «эмоционального заражения» участников, и способствовали податливости пациентов к его воздействию и влиянию. Воздействие заключалось прежде всего во внушении, которое было обращено к эмоциональной сфере больного и, минуя его рациональное, критическое мышление, оказывало полезное влияние на его самочувствие и психофизиологическое состояние и как следствие на социальное функционирование. Примером оказания группой положительного влияния на психическое здоровье могут служить опыты австрийского психиатра Месмера, которого иногда называют «творцом теории и практики психотерапии, в том числе и групповой». В дальнейшем многие выдающиеся ученые и врачи, в том числе Бехтерев, использовали различные психотерапевтические методы в группе больных, обосновывая целесообразность и эффективность такого подхода. Первым, кто обратил внимание на терапевтические возможности применения группового взаимодействия, был Пратт, который в 1905 г. впервые организовал психотерапевтические группы для больных туберкулезом. Первоначально Пратт рассматривал группу как экономически более удачный способ информирования пациентов о здоровье и болезни, об образе жизни и отношениях, способствующих выздоровлению, и не вычленял ее собственно терапевтические возможности. В дальнейшем он пришел к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит группе, воздействие которой заключается в эффективном влиянии одного человека на другого, в возникающих в группе взаимном понимании и солидарности, способствующих преодолению пессимизма и ощущения изоляции.

Практически все психотерапевтические направления XX в. так или иначе использовали групповые формы и внесли определенный вклад в развитие групповой психотерапии. Особое место в этом ряду принадлежит психоаналитическому и гуманистическому направлениям. Так, Адлер обратил внимание на значение социального окружения в проявлении нарушений у пациентов. Он считал, что группа представляет собой соответствующий контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции. Полагая, что источник конфликтов и трудностей пациента — в неправильной системе их ценностей и жизненных целей, он утверждал, что группа не только может формировать взгляды и суждения, но и помогает их модифицировать. Работая с группой пациентов, Адлер стремился добиться понимания пациентами генеза их нарушений, а также трансформировать их позиции. Развитию психоаналитически-ориентированной групповой психотерапии способствовали своими работами Славсон, Шильдер, Вольф и др. Существенный вклад в развитие групповой психотерапии внес основатель психодрамы Морено, которому приписывают и введение самого термина «групповая психотерапия».

Среди представителей гуманистического направления особое место занимает Роджерс. Выделяя в качестве основных переменных психотерапевтического про-

цесса эмпатию, безусловное положительное принятие и аутентичность, Роджерс придавал большое значение групповым формам, считая, что психотерапевт в них является моделью для участников, способствуя устранению тревоги и развитию самораскрытия, что отношения, складывающиеся между участниками группы, могут создавать оптимальные условия для терапевтических изменений.

Большое влияние на развитие групповой психотерапии оказали работы Левина в области групповой динамики, который полагал, что большинство эффективных изменений происходит в групповом, а не в индивидуальном контексте. Левин и его последователи рассматривали личностные расстройства как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми, социальным окружением. Они видели в группе инструмент коррекции нарушенных взаимодействий, поскольку такая коррекция происходит в процессе социального обучения. Этот процесс облегчается и ускоряется, в частности, благодаря раннему выявлению в групповом контексте типичного для отдельных участников неадаптивного межличностного поведения. Главным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимодействия, сопоставление поведения в актуальной ситуации «здесь и теперь» с его характером и последствиями в прошлом. Благодаря тактичному участию психотерапевта, который поощряет и направляет дискуссию, способствуя появлению атмосферы доброжелательности и сотрудничества, такая аналитическая работа облегчает переживание коррективного эмоционального опыта, необходимого для протекания процесса обучения.

Необходимо также указать таких видных теоретиков и практиков в области групповой психотерапии, как Хёк, Ледер, Кратохвил, которые, работая в Восточной Европе, оказали большое влияние на развитие групповой психотерапии в России.

Цели и задачи групповой психотерапии как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает разные позиции. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия. Каждое психотерапевтическое направление вносит свою специфику в понимание целей и задач групповой психотерапии.

В рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии задачи групповой психотерапии в самом общем виде могут быть сформулированы следующим образом.

1. *Познавательная сфера* (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание): осознание связей «личность—ситуация—болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) ее плана.

2. *Эмоциональная сфера*: получение эмоциональной поддержки и формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе; непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие; переживание

заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе.

3. *Поведенческая сфера*: формирование эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи групповой психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: на самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект), что позволяет определить общую цель групповой психотерапии как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы. В принципе, задачи любой психотерапевтической системы, ориентированной на личностные изменения, могут быть сформулированы таким образом. Однако в групповой психотерапии основным инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевтическая группа, позволяющая выйти на понимание и коррекцию пациентом собственных проблем за счет межличностного взаимодействия, групповой динамики.

Групповая динамика — чрезвычайно важное понятие. Именно использование групповой динамики в лечебных целях определяет специфику групповой психотерапии как психотерапевтического метода. Групповая динамика — это совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. Иначе, это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе. Группа при этом рассматривается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), непосредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, общими целями, ценностями и нормами, а также постоянным составом.

Термин «групповая динамика» используется для: а) обозначения направления в изучении малых групп, основанного на принципах гештальтпсихологии; б) характеристики процессов, происходящих в группе по мере ее развития и изменения; в) описания причинно-следственных связей, объясняющих эти явления; г) обозначения совокупности методических приемов, используемых при изучении социальных установок и межличностных отношений в группе.

Термин «групповая динамика» имеет отношение по крайней мере к трем психологическим дисциплинам: социальной, педагогической и клинической психологии. В социальной психологии групповая динамика представляет собой область исследований. Ее предметом является индивид (влияние группы на его чувства, поведение, когнитивные процессы), сама группа (ее влияние как надиндивидуального единства на индивида и другие группы), а также интеракции и взаимоотношения между членами группы, группой и другими группами и организациями. Групповая динамика включается также в педагогическую психологию и обозначает здесь совокупность методических приемов, используемых одновременно для обучения и социально-психологических исследований. В данном случае обучающиеся являются одновременно и участниками, и наблюдателями-исследователями группового процесса. Процесс обучения происходит не только в когнитивной плоскости, но и в форме интенсивного собственного опыта. Предметом группо-

вой динамики как области клинической психологии являются теория и технические приемы, направленные на изменение межличностных отношений в группе. Педагогические и клинические аспекты групповой динамики объединяются в настоящее время термином «прикладная групповая динамика». Первые исследования групповой динамики были начаты Левином.

В психотерапии групповая динамика представляет собой научную основу для психотерапевтического процесса в группе, поскольку в терапевтических группах находят свое выражение все групповые феномены. Применительно к групповой психотерапии групповая динамика рассматривается как совокупность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта. Кратохвил определяет групповую динамику как совокупность групповых действий, интеракций, характеризующих развитие или движение группы во времени, которая является результатом взаимоотношений и взаимодействий членов группы, их деятельности и воздействий внешнего мира. К характеристикам групповой динамики относятся: цели и задачи группы, групповые роли и проблемы лидерства, групповая сплоченность, напряжение в группе, актуализация прежнего эмоционального опыта, формирование подгрупп, фазы развития психотерапевтической группы.

Цели и задачи группы. Как правило, групповой психотерапевт прямо не информирует участников группы о групповых целях. Формирование и принятие их членами группы создает основу для терапевтической активности. Определенная направленность действий позволяет участникам группы понять смысл и осознать значение групповых действий, происходящих в группе событий, удовлетворяет индивидуальные потребности участников, особенно при совпадении индивидуальных и групповых целей. Существенной проблемой в начале работы психотерапевтической группы является формирование собственно психотерапевтических целей и преодоление существенного расхождения между общегрупповыми целями и довольно часто обнаруживающимися неконструктивными, антипсихотерапевтическими целями отдельных участников группы. Кратохвил следующим образом формулирует цели психотерапевтической группы: разобраться в проблемах каждого участника; помочь ему понять и изменить собственное состояние; постепенно изменить слабую приспособляемость, достигая адекватной социальной адаптации; предоставлять информацию о закономерностях интеперсональных и групповых процессов как основы для более эффективного и гармоничного общения с людьми; поддерживать процесс развития личности в смысле роста своего собственного личностного и духовного потенциала; устранять болезненные признаки и симптомы.

Нормы группы — это совокупность правил и требований, «стандартов» поведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Групповые нормы определяют, что допустимо и недопустимо, что желательно и что нежелательно, что правильно и что неправильно. Нормы в ходе развития группы могут претерпевать существенные изменения, особенно при возникновении новых сложных групповых ситуаций, но без их согласования не может быть организованной активности группы. Мерой интернализации (усвоения и принятия) участниками групповых норм могут быть усилия, прилагаемые груп-

пой для их сохранения и защиты. К психотерапевтическим нормам обычно относят: искреннее проявление эмоций (в том числе по отношению к психотерапевту); открытое изложение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах; принятие других и терпимость по отношению к их позициям и взглядам; активность, стремление избегать оценочных суждений и пр. Важная проблема в психотерапевтической группе — формирование собственно психотерапевтических норм и преодоление, изживание «антипсихотерапевтических».

Структура группы, групповые роли и проблемы лидерства. Структура группы является одновременно формальной и неформальной. Неформальная структура складывается гораздо медленнее формальной, поскольку определяется интерперсональным выбором. Члены группы занимают различные позиции в иерархии популярности и авторитета, власти и престижа, осознают и исполняют различные роли.

Шиндлер описал четыре наиболее часто встречающиеся групповые роли. Альфа — лидер, который импонирует группе, побуждает ее к активности, составляет программу, направляет, придает ей уверенность и решительность. Бета — эксперт, имеющий специальные знания, навыки, способности, которые требуются группе или которые она высоко ценит. Эксперт анализирует, рассматривает ситуацию с разных сторон, его поведение рационально, самокритично, нейтрально и безучастно. Гамма — преимущественно пассивные и легко приспосабливающиеся члены группы, старающиеся сохранить свою анонимность, большинство из них отождествляют себя с альфой. Омега — самый «крайний» член группы, который отстает от других по причине неспособности, отличия от остальных или страха.

Для невротических пациентов характерны достаточно стереотипные роли. Психотерапевтическая группа предоставляет возможности для их выявления, коррекции и расширения ролевого диапазона и репертуара. Лидерство в группе — важная составляющая групповой динамики, тесно связанная с проблемами руководства, зависимости, подчинения и соперничества. Отношение к психотерапевту, который является формальным лидером группы, в разные фазы развития психотерапевтической группы может быть различным и изменяющимся. Роль неформального лидера в группе также не является стабильной, соперничество, борьба за власть занимают существенное место в групповом процессе. Во взаимоотношениях с лидером пациенты проявляют собственные амбивалентные тенденции и установки, связанные с проблемами ответственности, безопасности, самостоятельности, руководства, подчинения и зависимости.

Групповая сплоченность понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия и сотрудничества при решении общих задач, взаимное тяготение индивидов друг к другу. Групповая сплоченность является необходимым условием действенности и эффективности групповой психотерапии. Она рассматривается также как аналог психотерапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом в процессе индивидуальной психотерапии. Формирование сплоченности группы имеет большое значение для психотерапевтического процесса. Члены таких групп более восприимчивы, способны к искреннему проявлению собственных чувств в конструктивной форме (в том числе и негативных). Они готовы к обсуждению групповых конфликтов, несмотря на возникающие напря-

жение и неприятные переживания, проявляют неподдельную заинтересованность друг в друге и желание помочь.

Групповое напряжение возникает в связи с несовпадением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией, несовпадением их личных устремлений, необходимостью соизмерять свои потребности, желания, позиции, установки с другими членами группы, обращением к болезненным проблемам и переживаниям.

Противоположным напряжению состоянием является расслабление, разрядка, раскованность. Однако в контексте групповой динамики в качестве противоположности напряжению рассматривается групповая сплоченность, которая означает взаимное тяготение членов группы друг к другу и обеспечивает поддержку, принятие и безопасность. Напряжение действует как центробежная сила, возникающая в результате групповых конфликтов и столкновений между участниками группы и направленная на разъединение, а групповая сплоченность — как центростремительная сила, направленная на сохранение группы, как прочность и устойчивость. Групповая сплоченность и напряжение выполняют в группе противоположные функции: первая является стабилизирующим фактором (под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и определенную безопасность), а вторая — побуждающим фактором (она ведет к неудовлетворенности и стремлению что-либо изменить). Учитывая противоположные функции напряжения и групповой сплоченности, многие авторы обращают внимание на необходимость поддержания в психотерапевтической группе динамического равновесия между ними.

Напряжение является следствием внутригрупповых конфликтов, неудовлетворенности или подавления тех или иных потребностей участников группы. Так, например, начало работы психотерапевтической группы, как правило, характеризуется высоким уровнем напряжения, что обусловлено расхождением между ожиданиями пациентов и реальной ситуацией в группе, в частности поведением психотерапевта, который прямо не направляет, не инструктирует и не руководит группой. Возникающее и растущее напряжение побуждает участников группы к активности, обсуждению актуальной групповой ситуации и собственных позиций и ролей. Напряжение в группе связано с внутренним напряжением каждого члена группы и сопровождается самыми разнообразными чувствами и состояниями — тревогой, страхом, подавленностью, враждебностью, агрессивностью. Обычно в ситуациях напряжения пациенты демонстрируют привычные, характерные для их поведения в реальной жизни стереотипы, подавляют свои чувства, пытаются их скрыть, проецируют на других или открыто выражают, что само по себе имеет большое диагностическое значение и дает материал для дальнейшей психотерапевтической работы.

Возникающее в группе напряжение может играть как положительную, так и отрицательную роль. Слишком высокое или слишком длительное напряжение, холодная, неприязненная, враждебная атмосфера, если она не компенсируется групповой сплоченностью и положительными эмоциями, могут привести к дезорганизации работы в группе, к уходу отдельных ее участников и даже к распаду группы. Однако и слишком низкий уровень напряжения не является позитивной характеристикой групповой динамики и процесса групповой психотерапии.

Ощущение полного комфорта, спокойствия, равновесия не способствует раскрытию пациентами собственных проблем, конфликтов и переживаний, проявлению типичных стереотипов поведения и защитных механизмов, пациенты стараются сохранить комфортную атмосферу, не замечая или игнорируя возникающие в группе проблемы и конфликтные ситуации. Группа превращается в приятное дружеское сообщество, не выполняющее, однако, никакой психотерапевтической функции. Если напряжение в группе слишком высоко, то члены группы не в состоянии действенно решать проблем, они жалуются, что отношения между ними нарушены. Если же, наоборот, напряжение слишком мало, то члены группы будут отдавать предпочтение более удобным, легким, бесконфликтным взаимным контактам, а не подробному разбору собственных проблем, который сопровождается негативными эмоциями. Оптимальный уровень напряжения в группе способствует проявлению и вскрытию групповых и индивидуальных конфликтов и проблем, конфронтации и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и собственно психотерапии, что в конечном счете приводит к позитивным изменениям у участников группы.

В качестве положительных функций группового напряжения можно указать, что оно полезно и необходимо как движущая сила, импульс, постоянно стимулирующий усилия изменить свое состояние; фактор, поддерживающий ориентацию проводимого в группе обсуждения отрицательных переживаний и чувств, фактор, активизирующий проявление непривычных стереотипов поведения.

Уровень напряжения должен контролироваться групповым психотерапевтом, который иногда использует соответствующие приемы для усиления или ослабления напряжения в группе. Напряжение, причины его возникновения, способы разрешения подобных ситуаций являются важными темами групповой дискуссии. В целом напряжение в группе играет положительную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также динамическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплоченностью.

Актуализация прежнего эмоционального опыта (проекция). В процессе групповой психотерапии у пациентов актуализируется прежний эмоциональный опыт и прошлые стереотипы межличностных отношений во взаимодействии с окружающими. Реакция каждого участника группы на другого определяется не только влиянием конкретного человека или групповой ситуации, но и переносом собственного отношения к какому-либо человеку или событию в прошлом на актуальную групповую ситуацию. Психотерапевтическая группа представляет собой модель той реальности, в которой находится пациент в жизни. Здесь он проявляет те же чувства, отношения, установки, типичные для него стереотипы поведения. Это предоставляет важнейший материал для психотерапевтической работы, выделения, анализа и переработки неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, собственной невротической проблематики. Подбор состава психотерапевтической группы во многом определяется именно необходимостью создания условий для проекции, актуализации прошлого эмоционального опыта, которые предполагают как можно большую вариативность, разнообразие личностных особенностей, эмоционального реагирования и поведения участников группы.

Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы. В группах довольно часто наблюдается тенденция к образованию подгрупп. Подгруппы возникают согласно определенному принципу (возрастному, половому, интеллектуальному), влияя на деятельность психотерапевтической группы. Негативное воздействие оказывает «закрытость» подгрупп, их нежелание обсуждать со всеми частные проблемы. Образование подгрупп, их цели, нормы, роль в групповом процессе могут быть темой продуктивной групповой дискуссии.

Фазы развития психотерапевтической группы — это этапы группового процесса, характеризующиеся специфическими видами активности и взаимодействия участников группы и выполняющие различные функции. Специфический фазный характер процесса групповой психотерапии, который обнаруживается на уровне как общегрупповых переменных, так и индивидуально-психологических показателей, признается психотерапевтами-практиками и исследователями групповой психотерапии. Существование различной периодизации группового процесса определяется разными теоретическими ориентациями, схемами наблюдения и параметрами, исследование которых послужило основанием для выделения определенных фаз развития психотерапевтической группы. Однако на описательном уровне у большинства авторов обнаруживается больше сходства, чем различий, что позволяет говорить об относительно едином понимании процесса групповой психотерапии.

Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения: более или менее реалистичные, оптимистические или пессимистические, направленные на выздоровление или амбивалентные. Практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии в частности; стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения, ожидание от врача директивного поведения и роли руководителя. Эти установки проявляются в надежде на различного рода направляющие инструкции психотерапевта, пациенты ждут от него указаний, прямого руководства, активных действий. Типичны также приписывание психотерапевту роли учителя, вера в «магию белого халата». Больные говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие или малосущественные проблемы. Однако психотерапевт в начале работы психотерапевтической группы ведет себя достаточно пассивно, прямо не организует и не направляет работу группы, ведет себя недирективно, поскольку директивность психотерапевта на начальных этапах будет препятствовать спонтанности пациентов и групповым процессам. Несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям пациентов вызывает у последних беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и напряжение, связанные с началом лечения, отрывом от привычной обстановки, страхом перед неизвестной формой лечения, наличием симптоматики (а иногда и ее усилением в этот период), а также с внутриличностными и межличностными проблемами. Все это вместе создает в груп-

пе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой фазы групповой психотерапии.

Иногда в этой фазе может наблюдаться период, обозначаемый как псевдосплоченность и представляющий собой псевдотерапевтическую, неконструктивную активность пациентов. В группе, развитие которой характеризуется наличием периода псевдосплоченности, обычно все заканчивается взаимными советами, которые каждый из членов группы слышал в своей жизни уже много раз и не раз имел возможность убедиться в том, что «советы существуют только для того, чтобы передать их другому, так как для себя самого они всегда оказываются абсолютно бесполезными». Такая группа неизбежно разочаровывается в избранной позиции и начинает понимать ее непродуктивность. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы помочь группе вскрыть подлинный смысл происходящего, конфликтогенность и непродуктивность ситуации, ее защитный характер, сходство с позициями пациентов в реальной жизни.

Независимо от наличия или отсутствия псевдосплоченности первая фаза групповой психотерапии в целом характеризуется пассивным, зависимым поведением пациентов и высоким уровнем напряжения в группе. В литературе эта фаза чаще всего получает такие названия, как «фаза ориентации и зависимости», «фаза псевдоинтеграции», «фаза пассивной зависимости», «фаза напряжения», «фаза поиска смысла», «фаза регрессивности», «фаза неуверенности».

Вторая фаза групповой психотерапии также характеризуется высоким уровнем напряжения, но, в отличие от первой фазы, когда напряжение сопровождается относительной пассивностью пациентов, поведение пациентов становится более активным, аффективно заряженным, со скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. Начинается борьба за лидерство, место и положение в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, четко распределяются роли, растет сопротивление. Важной составляющей этой фазы является наличие у пациентов агрессивных чувств к психотерапевту, который воспринимается ими либо как непрофессионал, либо как холодный, безразличный человек, не желающий помочь группе и демонстрирующий свою оторванность, отстраненность от нее. Главными темами для обсуждения в группе в этот период должны быть чувства, которые испытывают пациенты к психотерапевту, следствием чего должно быть их открытое выражение, обсуждение актуальной ситуации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников, касающихся ожиданий пациентов и перспектив дальнейшего функционирования группы. Помочь выйти из этой ситуации и конструктивно ее разрешить может только открытая конфронтация группы с психотерапевтом, а по сути — со своими собственными чувствами. Открытое выражение чувств в отношении психотерапевта, с одной стороны, является предпосылкой для развития истинной сплоченности, а с другой — уже в этот период создает благоприятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов проблем, таких как поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, подчинение и доминирование, ответственность, соперничество, взаимоотношения с авторитетами (в том числе и с родителями), атрибутирование негативных эмоций. В группе, прошедшей фазу псевдосплоченности, конфронтация с психо-

терапевтом, открытое выражение эмоций, как правило, происходят более спонтанно и интенсивно.

По поводу этой фазы в литературе существовала дискуссия, суть которой заключалась в том, что, по мнению ряда авторов, конфронтация группы с психотерапевтом является чрезвычайно травматичной для пациентов, влечет за собой непомерный рост напряжения, усиливает тревогу, поэтому прямой конфронтации следует всячески избегать. Спонтанная конфронтация группы с психотерапевтом далеко не всегда носит выраженный характер. Если психотерапевт занимает позицию внимательного, доброжелательного, понимающего консультанта, недирективно направляет активность группы, то конфронтации можно избежать вообще. Однако указанная позиция психотерапевта, адекватно понимаемая и принимаемая пациентами, формируется лишь в процессе групповой динамики, по мере развития и структурирования группы. Как бы «правильно» ни вел себя психотерапевт, его поведение из-за специфики групповой психотерапии (как метода, при котором основным инструментом воздействия является не столько психотерапевт, сколько психотерапевтическая группа) первоначально всегда будет расходиться с ожиданиями пациента. В этой фазе происходит скорее конфронтация пациентов со своими собственными ожиданиями, чувствами, конфликтами и проблемами. Опыт показывает, что попытки избежать эту фазу, игнорируя описанные явления, приводят к снижению психотерапевтического потенциала группы, активности, спонтанности и самостоятельности пациентов, к искажению группового процесса и превращению его в лучшем случае в индивидуальную психотерапию (в группе или на фоне группы), а также к директивной позиции психотерапевта. От степени интенсивности этой фазы и конструктивности ее переработки во многом зависит дальнейший психотерапевтический потенциал группы. Недостаточная проработанность этой фазы, а тем более ее игнорирование существенно влияют на ход группового процесса и периодически могут блокировать групповую активность, проявляясь на более поздних этапах функционирования группы, особенно при возникновении новых, более сложных и напряженных проблем. Завершением этого периода считают открытое выражение чувств в отношении психотерапевта и анализ их причин. В литературе эта фаза обозначается как «фаза растормаживания агрессивности», «фаза борьбы», «фаза конфликта между членами группы и формальным лидером», «фаза бунта против психотерапевта».

Третья фаза групповой психотерапии характеризуется процессом структурирования группы, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Проявляются активность, самостоятельность и ответственность каждого члена группы за себя самого, других участников и группы в целом. Формируется групповая сплоченность — важнейшее условие эффективности психотерапевтической группы. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуации, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем все вместе, совместная выработка групповых норм делают для пациентов более естественным процесс принятия «групповой культуры». Таким образом, у больного развивается чувство принадлежности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что оказывает положительное влияние на степень самоуважения и принятия пациентом самого себя. В свою очередь, это повыша-

ет привлекательность группы для каждого отдельного участника и способствует дальнейшему развитию групповой сплоченности. В литературе эта фаза называется «фазой развития сплоченности», «фазой развития сотрудничества», «фазой выработки групповых норм», «фазой взаимного распределения функций».

Четвертая фаза групповой психотерапии представляет собой фазу активно работающей группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересованность участников друг в друге, эмоциональная поддержка, искренность, чувство безопасности, спонтанность создают возможности для развития процесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач. Для этого периода характерно принятие решений и использование приобретенного опыта и во внеклинических ситуациях. В литературе эту фазу обозначают как «рабочую фазу», «фазу целенаправленной деятельности», «фазу изменений установок и отношений», «фазу выработки новых ценностей». В зависимости от специфики конкретной группы указанные фазы могут иметь различную продолжительность, однако в целом первые три фазы занимают обычно от 20 до 30% времени работы психотерапевтической группы.

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии. Вопрос о том, за счет чего достигается лечебный эффект групповой психотерапии, привлекает широкое внимание исследователей. Одна из первых попыток изучения и анализа механизмов лечебного действия групповой психотерапии принадлежит Корзини и Розенбергу. Выделяют три пути исследования механизмов лечебного действия групповой психотерапии: опрос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии; изучение теоретических представлений и опыта групповых психотерапевтов (опрос психотерапевтов); проведение экспериментальных исследований, позволяющих выявить взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе (например, состав группы, применяемые техники, тактика психотерапевта и пр.) и эффективностью лечения. Подробный анализ механизмов лечебного действия групповой психотерапии представлен в работах Ялома и Кратохвила. Ялом в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии выделяет следующие: 1) *сообщение информации*; 2) *внушение надежды*; 3) *универсальность страданий*; 4) *альтруизм*; 5) *корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы*; 6) *развитие техники межличностного общения*; 7) *имитационное поведение*; 8) *интерперсональное влияние*; 9) *групповая сплоченность*; 10) *катарсис*.

Пациенты в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии чаще указывают: осознание (самого себя и других людей), переживание в группе положительных эмоций (в отношении самого себя, других членов группы и группы в целом, положительных эмоций от других членов группы), приобретение новых способов поведения и эмоционального реагирования (прежде всего межличностного взаимодействия и поведения в эмоционально напряженных ситуациях). Если сгруппировать механизмы лечебного действия, описываемые различными авторами, а также учесть результаты опроса пациентов, то станет очевидным, что они могут быть представлены в виде трех основных механизмов. Это — конфронтация, корригирующее эмоциональное переживание (корректив-

ный эмоциональный опыт) и научение, которые охватывают все три плоскости изменений — когнитивную, эмоциональную и поведенческую.

Конфронтация — является ведущим механизмом лечебного действия групповой психотерапии (и психотерапии вообще). Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется за счет *обратной связи* между членами группы и группой как целым. Понятие обратной связи является очень важным для групповой психотерапии. Вообще феномен обратной связи проявляется в тех ситуациях, когда субъект восприятия имеет возможность получить от партнера по общению информацию о том, как он воспринимается. Таким образом, обратная связь является источником информации для человека, но как источник информации отличается от интерпретации. Интерпретация может быть неадекватной, неточной, искаженной под влиянием собственной проекции интерпретатора. В отличие от интерпретации обратная связь в строгом ее понимании уже сама по себе «правильна», она является информацией о том, как реагируют другие на поведение человека.

Обратная связь существует и в рамках индивидуальной психотерапии, однако здесь ее содержание весьма ограниченно. В групповой психотерапии обратная связь многопланова, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Психотерапевтическая группа предоставляет пациенту не просто обратную связь — информацию о том, как он воспринимается другим человеком, но дифференцированную обратную связь, обратную связь от всех участников группы, которые могут по-разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него реагировать. Таким образом, пациент видит себя во множестве «зеркал», по-разному отражающих различные стороны его личности. Дифференцированная обратная связь дает не только разноплановую информацию для совершенствования самопонимания, но и помогает пациенту научиться различать собственное поведение. Реакция самого пациента на информацию, содержащуюся в обратной связи, также представляет интерес как для других участников группы, так и для самого пациента, позволяя ему увидеть значимые аспекты собственной личности и свои реакции на рассогласование образа Я с восприятием окружающих. Переработка и интеграция содержания обратной связи в процессе групповой психотерапии обеспечивает коррекцию неадекватных личностных образований и способствует формированию более целостного и адекватного образа Я, представления о себе и самопонимания в целом. Расширение (или формирование) образа Я за счет интеграции содержания обратной связи является процессом, присущим не только психотерапии, но и процессу формирования и развития человеческой личности. Известно, что становление отношения к себе, самооценки, образа Я в целом происходит у ребенка только в условиях определенной группы (семьи, группы сверстников и пр.) под воздействием отраженных оценок окружающих. Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы обратной связи необходима определенная атмосфера, характеризующаяся прежде всего взаимным принятием, чувством психологической безопасности, доброжелательностью, взаимной заинтересованностью, а также наличием у пациентов мотивации к участию в работе психотерапевтической группы.

В самосознании или образе Я выделяют четыре области: открытую — то, что знает о себе сам человек и знают о нем другие; закрытую, или неизвестную, — то, что человек не знает о себе и не знают о нем другие; скрытую — то, что человек знает о себе сам, но не знают другие; слепую — то, что человек не знает о себе, но знают другие. Обратная связь несет информацию, позволяющую пациенту уменьшить именно последнюю, слепую область самосознания и тем самым расширять и повышать адекватность собственного образа Я.

Корригирующее эмоциональное переживание, или коррективный эмоциональный опыт, включает несколько аспектов, и прежде всего — *эмоциональную поддержку*. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его группой, признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его исходя из него самого, его собственных отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагают принятие пациентом новой информации, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе затрудняют восприятие этой информации, обостряя действие психологических защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает положительное стабилизирующее воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и, таким образом, корригирует такой важнейший элемент системы отношений, как отношение к себе. Реконструкция отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента группой способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом групповых психотерапевтических норм, повышает его активность, ответственность, создает условия для самораскрытия.

Корригирующее эмоциональное переживание также связано с *переживанием пациентом своего прошлого и текущего* (*актуального*) *группового опыта*. Возникновение в группе различных эмоциональных ситуаций, которые были у пациента ранее в реальной жизни и с которыми он тогда не смог справиться, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать и переработать их, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с *проекцией на групповую ситуацию эмоционального опыта, полученного в родительской семье*. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической группе позволяет пациенту в значительной степени переработать и разрешить эмоциональные проблемы, уходящие корнями в детство.

Научение в процессе групповой психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в котором он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, собственного поведения, позволяет вычленить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Групповая ситуация является ситуацией иного эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных стереотипов поведения и выработку навыков полноценного общения. Эти перемены подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются другими.

Методы групповой психотерапии. К основным методам групповой психотерапии традиционно относят групповую дискуссию, психодраму, психогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Каждый из указанных методов может использоваться в психотерапии и как самостоятельный метод. Однако в данном случае речь идет о комплексе методов, применяемых в работе психотерапевтической группы. Все методы групповой психотерапии условно подразделяют на: *основные* и *вспомогательные, вербальные* и *невербальные.*

Основным методом групповой психотерапии является групповая дискуссия, остальные рассматриваются в качестве вспомогательных. При этом исходят из того, что все методы групповой психотерапии выполняют две основные функции — *психодиагностическую* и собственно *психотерапевтическую.* В соответствии с представлениями о том, в какой степени та или другая функция реализуется в ходе использования каждого метода, и осуществляется такое разделение. Так, полагают, что групповая дискуссия в большей степени направлена на реализацию собственно психотерапевтических задач, в то время как вспомогательные методы в основном способствуют осуществлению личностной диагностики. Однако такое деление в значительной степени является условным. Личностная диагностика в процессе групповой психотерапии (раскрытие пациентом собственных проблем, «диагностика» их им самим, другими членами группы и психотерапевтом) и собственно процесс психотерапии (осознание пациентом своих проблем и конфликтов и их переработка и коррекция) тесно связаны и представляют собой единый процесс, отдельные элементы которого могут быть обособлены лишь теоретически.

Деление на вербальные и невербальные методы основано на преобладающем виде коммуникации и характере получаемого материала. К вербальным методам относят групповую дискуссию и психодраму, к невербальным — психогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Вербальные методы базируются на вербальной коммуникации и направлены преимущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции. Формально разделение методов групповой психотерапии на вербальные и невербальные является оправданным, но практически любое взаимодействие в группе включает как вербальный, так и невербальный компоненты. Учет и ана-

лиз невербального взаимодействия в процессе использования вербальных методов, согласованности или противоречивости вербальной и невербальной коммуникации составляет существенный аспект групповой дискуссии и позволяет более полно и адекватно раскрыть содержание того или иного взаимодействия. Тенденция к использованию различных невербальных приемов в ходе групповой дискуссии, существенно обогащающая методический арсенал психотерапевта, расширяет содержание и улучшает качество обратной связи за счет включения невербального материала. Все это в определенной степени выводит групповую дискуссию из жестких рамок исключительно вербального, разговорного метода. Вместе с тем использование невербальных приемов не исключает необходимости вербального взаимодействия, в частности обмена мнениями о происходящем, вербализации невербальной коммуникации или эмоциональных состояний участников группы.

В связи с развитием психотерапевтических направлений, основывающихся прежде всего на непосредственных эмоциональных переживаниях, наметилось частичное отождествление термина «вербальный» с терминами «рациональный», «познавательный», «когнитивный» и противопоставление трех последних понятиям «невербальный», «эмоциональный», «опытный» (в смысле опыта непосредственного переживания). Разграничение методов групповой психотерапии носит в значительной степени условный характер и целесообразно лишь с точки зрения преобладающего типа исходной коммуникации. Не существует данных, позволяющих утверждать, что вербальные методы способствуют только интеллектуальному осознанию (хотя и оно всегда тесно связано с эмоциональным переживанием), т. е. выполняет когнитивную функцию, а невербальные — эмоциональному переживанию. Каждый психотерапевтический метод в рамках групповой психотерапии вне зависимости от того, вербальный он или невербальный, может затрагивать и когнитивную, и эмоциональную, и поведенческую сферу пациента.

Групповая дискуссия является основным, опорным методом психотерапии. Наряду с этим термином употребляются такие понятия, как «свободная дискуссия», «спонтанная дискуссия», «неструктурированная дискуссия» и пр. Все эти названия подчеркивают спонтанный, жестко не структурированный характер ведения группы, недирективность поведения психотерапевта. Что же является предметом групповой дискуссии? Обычно выделяют обсуждение биографии пациента, определенной темы и межличностного взаимодействия в группе (интеракций). Таким образом, определяются три основных типа ориентации групповой дискуссии: *биографическая, тематическая и интеракционная.* В разных направлениях групповой психотерапии эти ориентации имеют различный удельный вес. Однако в качестве ведущей практически всегда рассматривается интеракционная ориентация, поскольку именно она определяет специфику групповой психотерапии как метода, основанного на использовании в лечебных, психотерапевтических целях групповой динамики, обеспечивая реализацию одного из важнейших факторов лечебного действия в рамках этого метода — обратной связи. Интеракционная ориентация направлена на анализ особенностей межличностного взаимодействия в группе и ситуаций, возникающих в ходе группового

процесса. Биографическая ориентация представляет собой обсуждение истории жизни пациента, отдельных эпизодов и событий его биографии, его проблем, конфликтов, отношений, установок, особенностей поведения на протяжении жизни. Тематическая ориентация концентрирует внимание группы на актуальных для большинства участников группы темах.

В общем виде подробное содержательное описание групповой дискуссии, по-видимому, является неразрешимой задачей и может быть осуществлено лишь на основании анализа видео- или аудиозаписи всего психотерапевтического процесса в конкретной группе. Однако можно выделить опорные точки групповой дискуссии, ее основные содержательные моменты. Это: знакомство членов группы; обсуждение ожиданий пациентов, их страхов и опасений, их переживаний с связи с началом работы группы и взаимодействия с другими ее участниками; переживание и обсуждение группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожиданиями пациентов и групповой реальностью, поведением психотерапевта и тем, что происходит в группе; нарастание сопротивления и агрессии в отношении психотерапевта, соотнесение этих переживаний с прошлым жизненным опытом; вскрытие истинных чувств к психотерапевту, их осознание, понимание их причин и переработка, выработка групповых норм в отношении психотерапевта; вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью, отношением к авторитетам; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, активной мотивации к участию в работе группы; выработка психотерапевтических групповых норм и групповой культуры, принятие ее участниками группы; доминирование интеракционной проблематики, анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельных пациентов — собственно «рабочая фаза» групповой психотерапии, в ходе которой решаются ее основные задачи (коррекция отношений и установок, неадекватных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация позитивных изменений); обсуждение результатов лечения, подведение итогов.

Психодрама может рассматриваться как метод групповой психотерапии, представляющий собой *ролевую игру,* в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой пациента. Психодрама как лечебный психотерапевтический метод была создана и разработана Морено на основе опыта его театрального эксперимента, «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творчества в «театре жизни». Внутриличностные и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра», послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного метода. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального отреагирования.

Дальнейшие исследования в области психодрамы подтверждают связь между психодраматическим разыгрыванием ролей и изменением поведения, отношений, установок, эмоционального реагирования. В качестве факторов, положительно воздействующих на изменение установок в этом плане, указывают следующие: предоставление пациенту свободного выбора как относительно участия в психодраме, так и относительно роли, которую он будет играть; вовлечение пациента в исполнительскую деятельность; появление возможности внести в игру собственные импровизации; получение пациентом положительного подкрепления по окончанию действия. Отмечают также, что психодрама способствует преодолению защитных позиций пациентов, препятствует излишней рационализации, усиливает эмоциональную вовлеченность, помогает изучению собственных проблем, достижению катарсиса и инсайта.

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих участников: протагонист, терапевт, помощники терапевта, зрители. Протагонист — это пациент (субъект), главный исполнитель, представляющий свои проблемы. Терапевт (режиссер, дирижер, фасилитатор) — организатор ролевой игры, помогающий пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создания атмосферы доверия, стимулирования участников к спонтанности, подготовке протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении по ходу дела вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа интерпретации происходящего. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие в психодраме вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Эта категория участников также обозначается как «вспомогательные Я». «Вспомогательные Я» могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного Я. Выделяют несколько основных функций «вспомогательных Я»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла; помочь понять, как протагонист воспринимает отношения с другими персонажами действия; сделать видимыми неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. Зрители — это остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения. Важно иметь в виду, что это обсуждение касается не только протагониста, но и всех участников группы, тех переживаний, мыслей, воспоминаний и ассоциаций, которые возникли у них по ходу действия относительно самих себя. Еще одним «участником» психодрамы является сцена — жизненное пространство, место, где разворачивается психодраматическое действие.

Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную, или подготовительную (фаза «разогрева»); собственно психодраматическое действие; обсуждение (предоставление протагонисту разнообразной обратной связи и интерпретацию). В инициальной фазе происходит выбор протагониста, получение диагностического материала (информации о протагонисте и ситуации), предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка

протагониста и других участников, организация пространства и самого психодраматического действия. Обычно в инициальной фазе проводится разминка, задачи которой состоят в стимулировании спонтанности участников, ослаблении страха, тревоги и беспокойства, преодолении или ослаблении психологической защиты, создании соответствующей эмоциональной атмосферы. Для этого используются различные вспомогательные приемы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизация, разыгрывание не относящихся лично ни к кому ситуаций (сказок, фантастических ситуаций и пр.). Вторая фаза — собственно разыгрывание ролевой ситуации или психодраматическое действие. В ходе ее пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки, проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы также помогает целый ряд приемов: «зеркало», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, «построение будущего», «проба реальности» и другие. Третья фаза — фаза обсуждения или интеграции — является завершающей. На этой фазе группа (и вспомогательные персонажи, и зрители) предоставляет протагонисту обратную связь двух видов: ролевую и идентификационную.

Ролевая обратная связь — это обратная связь «из роли». Ее предоставляют те участники группы, которые играли вспомогательные роли, они говорят о своих переживаниях и состояниях, которые возникали в процессе психодраматического взаимодействия с протагонистом, т. е. о том, что они чувствовали, будучи в роли значимых для протагониста людей. Такая ролевая обратная связь помогает протагонисту понять, что чувствуют окружающие его люди, как они воспринимают и как реагируют на его поведение, что им нравится, а что не нравится, что вызывает напряжение, раздражение, агрессию и другие эмоции, какие ответные действия им хотелось бы совершить. Например, участник группы, игравший роль сына пациентки — протагониста, говорит о том, что, несмотря на все ее упреки в его несамостоятельности и побуждение к активности на словах, на самом деле он чувствовал, что она воспринимает его как маленького ребенка, который ни на что не способен и которого она не собирается отпускать из-под своей опеки и контроля. Идентификационная обратная связь предполагает, что в процессе наблюдения за психодраматическим действием участники группы, не принимавшие в нем непосредственно участия, не оставались пассивными наблюдателями, а активно переживали происходящее. Поэтому ведущий стимулирует участников группы — зрителей — говорить о своих впечатлениях, собственных переживаниях, ассоциациях, мыслях, воспоминаниях, которые возникали у них во время разыгрывания ролевой ситуации.

Индентификационная обратная связь, с одной стороны, демонстрирует пациенту, что другие участники группы не были безразличны к его проблемам, были активно включены, сопереживали ему, что они имеют сходные проблемы и переживания, а с другой — стимулирует членов группы к работе над своими собственными проблемами, не оставляет их только пассивными зрителями происходящего. Иногда обсуждение включает также и содержательный анализ и интерпретацию психодраматического действия. Однако при качественной ролевой и индентификационной обратной связи это, как правило, оказывается ненужным.

Метод психодрамы, ее различные приемы и процедуры используются не только в рамках чисто психоаналитически ориентированных групп и генетически связанных с психоанализом концепций, так как интерпретация материала, а также цели отдельных процедур и ролевой игры могут включаться в различные теоретические подходы. В частности, психодраматические процедуры довольно широко применяются при проведении гуманистически-ориентированной психотерапии, гештальттерапии, тренинговых методов. В ходе групповой психотерапии психодрама наиболее эффективно может быть использована в комбинации с другими методами: групповой дискуссией, психогимнастикой и др. Психодраматическому разыгрыванию может быть посвящено отдельное занятие группы, однако чаще всего психодрама естественным образом входит в процесс групповой дискуссии.

Психогимнастика относится к невербальным методам групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы. В основе психогимнастики лежит система приемов, разработанных Юновой, а также невербальные методики, используемые в группах встреч.

Психогимнастика позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов. Психогимнастическое занятие, как правило, включает три части — подготовительную, пантомимическую и заключительную, которые имеют относительно самостоятельные задачи и собственные методические приемы. Задачи подготовительной части — уменьшение напряжения участников группы, снятие страхов и запретов, развитие внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и двигательной активности других людей, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, формирование и развитие способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы невербально — без помощи слов, а также понимать невербальное поведение других людей.

Пантомимическая часть психогимнастики является наиболее важной и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть психогимнастического занятия. Пациентам предлагают темы, которые они разыгрывают без помощи слов. Темы могут быть предложены и психотерапевтом, и самими участниками группы. Содержание тем для пантомимы не ограничено и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы одновременно и группы в целом, т. е. касаться межличностного взаимодействия в группе.

Заключительная часть психогимнастики должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы или последующего обсуждения, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности в себе и в группе.

Психогимнастика в процессе групповой психотерапии обычно проводится как отдельное занятие. Однако в начале групповой дискуссии психотерапевт при необходимости может предложить группе отдельные психогимнастические задания.

Проективный рисунок. Основная задача проективного рисунка состоит в получении дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Так же как психодрама и психогимнастика, проективный рисунок

способствует выявлению и осознанию трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Занятие строится обычно следующим образом: каждый пациент получает лист бумаги, цветные мелки (можно использовать также цветные карандаши и краски) и рисует на заданную тему. Для проективного рисунка качество не имеет существенного значения. Темы, предлагаемые для рисования, могут быть самыми разнообразными и касаться как индивидуальных проблем отдельных пациентов, так и общегрупповых проблем. Темы для рисунка обычно охватывают три сферы: 1) прошлое, настоящее и будущее пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья, моя работа, мое самое приятное или неприятное воспоминание); 2) общие понятия, отражающие определенные ценности и явления (любовь, ненависть, болезнь, страх, здоровье, зависимость, ответственность; 3) отношения в группе (я глазами группы, мое положение в группе, наша группа). Используют также свободные темы (каждый член группы рисует то, что он хочет) или совместное рисование (вся группа на одном большом листе бумаги рисует, например, портрет группы). На рисование обычно отводится 30 минут. После этого группа переходит к обсуждению рисунков каждого пациента.

Проективный рисунок может проводиться в качестве отдельного занятия, но иногда оказывается полезным в начале групповой дискуссии.

Музыкотерапия — это психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

Рассматривая основные направления лечебного действия музыки, выделяют четыре аспекта: 1) эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; 2) развитие навыков межличностного общения — коммуникативных функций и способностей; 3) регулирующее влияние на психовегетативные процессы; 4) развитие эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: *активной и рецептивной* (пассивной). Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью собственного голоса или выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь, рецептивная музыкотерапия проводится в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия); реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психическогно напряжения).

В групповой психотерапии музыкотерапия применяется часто. Обычно в лечебной практике используется рецептивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подо-

бранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, фантазии (часто проективного характера), возникающие у них в ходе прослушивании. На одном занятии прослушивается, как правило, три произведения или более или менее законченных музыкальных отрывка (каждый по 10–15 минут). Программы музыкальных произведений составляют на основе постепенного изменения настроения, динамики и темпа с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся релаксирующим действием. Второе произведение — динамичное, драматическое, напряженное. Оно несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациентов. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть также спокойным, релаксирующим либо, напротив, энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стимулироваться с помощью различных дополнительных заданий, например: постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать свой «музыкальный портрет», произведение, отражающее собственное эмоциональное состояние.

При групповой психотерапии используется и активный вариант музыкотерапии. Для этого необходим набор простейших музыкальных инструментов или даже предметов, издающих звуки. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом или участниками группы (вместе или индивидуально) также имеет лечебный эффект, способствуя созданию доверительной, теплой атмосферы.

Соотношение методов групповой психотерапии. Каждый из описанных выше методов — групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, проективный рисунок и музыкотерапия — на практике используется и самостоятельно. В качестве основного метода выступает групповая дискуссия, а психодрама, психогимнастика, проективный рисунок и музыкотерапия — в качестве вспомогательных. Обычно примерно 70% всего времени отводится на групповую дискуссию. Содержательное использование сочетаний различных конкретных методов и техник групповой психотерапии обусловлено актуальной групповой ситуацией и потребностями группы и ее участников.

Руководство психотерапевтической группой. С точки зрения реализации целей и задач групповой психотерапии главной фигурой является групповой психотерапевт. Он привносит в психотерапевтический процесс свои индивидуальные черты, обусловленные его теоретической ориентацией, применяемыми психоте-

рапевтическими техниками, опытом, а также собственными личностными особенностями. Все эти факторы, связанные с индивидуальностью психотерапевта, оказывают влияние на групповой процесс и результаты лечения.

В литературе широко дискутируется проблема соотношения *профессиональных навыков* и *личностных особенностей* группового психотерапевта, хотя при этом подчеркивается их взаимосвязь, поскольку уровень профессиональных навыков во многом определяется личностными особенностями психотерапевта, а они, в свою очередь, в значительной степени обусловливают выбор терапевтических техник. Ответ на вопрос, какому фактору — личностному или профессиональному — придается большее значение, соответствует пониманию сущности и целей психотерапии, зависит от теоретической ориентации. Если психотерапевтический процесс в группе понимается прежде всего как специфический межличностный контакт (можно вспомнить одно из определений психотерапии, данное в рамках гуманистического подхода: «Психотерапия представляет собой длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался по коррекции человеческих взаимоотношений»), то в данном случае большее значение имеют индивидуальные, личностные особенности психотерапевта (способность к эмпатии и принятию, аутентичность, терпимость и пр.). Если же психотерапевтический процесс в группе рассматривается преимущественно как целенаправленное воздействие, то тогда на первый план выходят профессиональные навыки группового психотерапевта.

Среди личностных характеристик группового психотерапевта, традиционно рассматриваемых в качестве факторов, способствующих эффективности групповой психотерапии, чаще всего указывают следующие: открытая позиция психотерапевта в отношении пациентов, умение воспринимать отличные от своих взгляды, позиции, убеждения и суждения, отсутствие оценочного подхода, гибкость, терпимость, эмпатичность, аутентичность, уважение к другому, желание помочь, сердечность, умение создать доброжелательную и безопасную атмосферу в группе и ряд других. Конечно, все эти характеристики помогают психотерапевту в работе. Но более конструктивным представляется рассмотрение психотерапевта с точки зрения проблемы *руководства психотерапевтической группой.*

Термин «руководство психотерапевтической группой» по сути дела предполагает анализ поведения группового психотерапевта. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используют такие категории, как «роль», «ориентация», «терапевтический стиль».

Понятие «*роль*» сводится к положению, которое занимает психотерапевт в структуре группы. Ялом выделяет две основные роли группового психотерапевта: технический эксперт и эталонный участник. В качестве *эксперта* психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения психотерапевтических целей, в нужный момент применяет соответствующие необходимые методы. Как *эталонный участник* он преследует двоякую цель: демонстрация желательных образцов поведения и ускорение процесса социального научения. Отказываясь от главенствующего положения в группе, он тем самым ускоряет достижение ею независимости и сплоченности. Кратохвил выделяет пять основных ролей группового психотерапевта: «активный лидер (ру-

ководитель)», «аналитик», «комментатор», «посредник», «истинный член группы».

Активный лидер (руководитель) распределяет активность группы, направляет ее действия, разъясняет, управляет, учит, руководит. В группе, руководимой подобным образом, пациенты часто обращаются к психотерапевту за указаниями, советами, поддержкой и очень зависимы от него. Позицию психотерапевта здесь можно сравнить с ролью инструктора, учителя, инициатора и опекуна.

Роль *аналитика* характерна для психотерапевтов в психоаналитически (психодинамически) ориентированных группах. Аналитик ведет себя индифферентно, никак не проявляет себя и остается эмоционально и личностно нейтральным. Такое поведение психотерапевта должно способствовать осуществлению пациентами переноса инфантильных чувств. Основные функции психотерапевта — интерпретация и анализ. В отличие от индивидуальной психоаналитической терапии психотерапевт в группе может оставаться более пассивным, его усилия направлены на то, чтобы стимулировать группу к анализу.

Комментатор, как и аналитик, не руководит и не направляет группу, позволяет свободно развиваться групповым ситуациям и групповым процессам. Через определенные интервалы он обобщает и комментирует все, что происходило за это время в группе. Неличностный, описательный характер комментариев часто вызывает агрессивную реакцию группы. Продолжающиеся комментарии психотерапевта в конечном счете позволяют участникам группы понять сущность происходящих событий, собственную роль, собственные цели, специфику группового взаимодействия. Роль комментатора имеет особое значение при интеракционной ориентации групповой дискуссии, когда существует необходимость научить пациентов понимать истинный смысл взаимодействий и групповых процессов.

Роль *посредника* является ролью эксперта. Посредник не берет на себя полной ответственности за происходящее в группе, однако периодически он вмешивается в ее деятельность и направляет так, чтобы она наиболее эффективно продвигалась в нужном направлении. Посредник воспринимается группой как эксперт, который разбирается во многих вопросах и может предоставить группе любую необходимую информацию. Он не навязывает группе решений, но не отказывается содействовать. Посредник также использует различные психотерапевтические приемы, но в отличие от активного лидера (руководителя) предоставляет группе возможность самостоятельно перерабатывать полученный материал. Эксперт может комментировать, классифицировать, обобщать, интерпретировать, однако его толкования и интерпретации подаются в виде обычной гипотезы.

В *роли истинного члена группы,* аутентичного лица, психотерапевт выступает в группе как один из ее участников, делает все, что делают остальные, и проявляет свои настоящие чувства и переживания. Он становится, таким образом, эталонным участником и показывает членам группы, какую пользу они могут получить. Благодаря подобному поведению психотерапевт способствует созданию в группе необходимых психотерапевтических норм. Особенность этой роли заключается в том, что в ней психотерапевт старается преодолеть противоречие между собственными требованиями к остальным участникам группы и своим поведением, которое особенно характерно для роли аналитика и комментатора. Однако аутен-

тичность психотерапевта, как подчеркивает Кратохвил, ограничена его личностными особенностями, целями группы и непосредственными потребностями ее участников.

Гольдштейн выделяет ориентацию на индивида и лечение индивида на фоне группы, ориентацию на группу и лечение посредством ее воздействия. При ориентации на индивида и его лечение на фоне группы психотерапевт является директивным, интерпретирующим, ориентированным на психодинамику отдельной личности. Ориентация на группу и лечение посредством ее воздействия предполагает более косвенные действия психотерапевта, они направлены на динамику группы и носят в большей степени стимулирующий, побудительный и катализирующий характер. Цель этих воздействий состоит в том, чтобы способствовать интеракциям участников группы между собой и, в меньшей степени, с самим психотерапевтом.

Либерман выделил четыре психотерапевтических стиля: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительская функция. Эмоциональная стимуляция предполагает, что руководитель группы особо подчеркивает проявление различных чувств, конфронтацию различных участников группы, их мнений и позиций. Он участвует в происходящем как равноправный член группы, побуждая и стимулируя остальных участников группы. Опека предполагает такой стиль поведения психотерапевта, при котором он окружает членов группы заботой и вниманием, обеспечивает обратную связь и эмоциональную поддержку, открыто выражает теплоту и заботу о пациентах. При познавательной ориентации психотерапевт определяет происходящее в группе соответствующими понятиями, объясняет смысл поведения всей группы и отдельных ее участников, интерпретирует события в группе и переживания отдельных пациентов. Исполнительная функция определяет нормы, цели и направление деятельности, побуждает или прерывает активность, сосредоточивает внимание на определенном поведении группы и ее членов, использует собственное положение в группе для достижения определенных целей.

Поскольку указанные стили встречаются в различном сочетании, была создана следующая типология руководителей групп: 1) опекуны — заботятся о пациентах, предоставляют познавательную ориентацию, информируют и советуют; 2) стимуляторы — для них характерен высокий уровень эмоционального стимулирования и средний либо высокий уровень исполнительной функции; 3) социальные инженеры — ориентированы на группу и отношения между ее участниками, мало индивидуальны, но проявляют умеренный уровень заботы, ориентированы больше на группу, чем на отдельных пациентов; 4) личностно нейтральные лидеры — держатся на расстоянии, сохраняют дистанцию, характеризуются средним уровнем эмоционального стимулирования и довольно слабой заботой; 5) либеральные руководители — выражены познавательная ориентация и низкий уровень других характеристик; 6) командиры — высшая степень исполнительной функции, авторитарности, разъяснения, частое использование различных упражнений. Перечисленные типы руководителей групп были разделены по степени эффективности воздействий: три первые (опекуны, стимуляторы и социальные инженеры)

признаны относительно эффективными, три последующие (личностно нейтральные лидеры, либеральные руководители и командиры) — малоэффективными.

Основные характеристики поведения группового психотерапевта описывают обычно с точки зрения целевых аспектов и его личности как переживающего и самовыражающегося субъекта. Целевые аспекты поведения группового психотерапевта характеризуют такими параметрами, как директивность — недирективность, определенность — неопределенность высказываний, а экспрессивные, личностные характеристики — такими параметрами, как анонимность — самораскрытие, выражение положительных или отрицательных отношений. Директивность группового психотерапевта определяется степенью его активности и инициативности в ведении группы. Директивный психотерапевт планирует и контролирует ход занятий, самостоятельно устанавливает нормы функционирования группы и приводит их в исполнение, дает инструкции, указания и советы, осуществляет интерпретации. Недирективный психотерапевт предоставляет участникам группы свободу выбора тем и направлений дискуссии, не начинает действий и не ускоряет их, не навязывает норм и интерпретаций, а использует в основном технику отражения и кларификации. Наиболее распространенной является негативная оценка директивного стиля, которая обусловлена представлениями, что такой стиль замедляет достижение группой самостоятельности, которая является важнейшим условием ее эффективного функционирования.

Параметр определенность—неопределенность высказываний психотерапевта рассматривается с точки зрения информативности высказывания. Низкая информативность (неопределенность) высказывания психотерапевта должна побуждать пациентов к повышенной активности в группе. Высокая информативность (специфичность) снижает эту активность. Специфичность высказываний психотерапевта также может активизировать защитные механизмы, так как представляет психологическую угрозу для пациента.

Параметр анонимность — самораскрытие предполагает, с одной стороны, личностно нейтральное поведение психотерапевта, позволяющее пациентам проецировать свои невротические отношения, а с другой — открытое проявление психотерапевтом собственных чувств, переживаний, мнений и позиций. Выражение психотерапевтом положительных эмоций способствует удовлетворению ожиданий участников группы относительно доброжелательного, принимающего, теплого отношения психотерапевта. Выражение отрицательных эмоций, напротив, ведет к фрустрации участников группы.

Все перечисленные выше характеристики поведения группового психотерапевта в целом не могут быть оценены как положительные или отрицательные, эффективные или неэффективные, так как степень их значимости для успешности психотерапевтического процесса в группе практически полностью определяется теоретической ориентацией.

В самом общем виде *основные задачи группового психотерапевта* могут быть сформулированы следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношения, установок, поведения, эмоциональных реакций, обсуждению предложенных тем, предоставлению информации и обратной связи, анализу групповых ситуаций и проблем отдельных пациентов и пр.; 2) создание в груп-

пе атмосферы взаимного принятия, доверия, доброжелательности, безопасности, взаимопомощи, способствующей самораскрытию пациентов; 3) разработка и поддержание психотерапевтически ценных групповых норм, гибкость в выборе директивных или недирективных техник. При этом лучших результатов в психотерапии достигают психотерапевты, которые в большей степени ориентированы на опеку и эмоциональную поддержку, а затем уже на стимулирование и руководство.

Средства воздействия, используемые психотерапевтом в ходе групповых занятий, можно условно разделить на вербальные и невербальные. Первые относительно легко поддаются регистрации и анализу. Вторые труднее выделить и классифицировать, хотя именно они во многом определяют климат и атмосферу занятия: к ним принадлежат мимика психотерапевта, его жестикуляция, интонации и т. д. Используемые более или менее сознательно и целенаправленно, они выражают собственные эмоциональные особенности психотерапевта и служат стимулированию пациентов к определенной активности, являются средством положительного или отрицательного подкрепления определенных форм поведения пациентов.

Главными являются вербальные средства, которые с точки зрения активности психотерапевта (т. е. определения цели) условно разделяют на несколько категорий.

1. Структурирование хода занятий. Сюда относятся все высказывания, которые в начале определяют его ход и программу; высказывания, направленные на ограничение непродуктивной активности, на ориентирование обсуждения в соответствующем направлении и пр.
2. Сбор информации. Психотерапевт задает вопросы, поощряет высказывания пациентов и их вопросы.
3. Интрепретация. Наиболее обширная категория психотерапевтических приемов. Интерпретация может относиться как к актуальной ситуации, так и к прошлому пациента. Внутри этой категории можно выделить следующее: отражение эмоций (повторение высказываний пациентов, не выходя за пределы их явного содержания), классификация (извлечение из высказывания пациента того, что имеет существенное значение и содержится в высказывании неявным образом), конфронтация (сопоставление отдельных высказываний с целью показать сходства, различия, противоречия), собственно интерпретация (постановка гипотез, которые могут прояснить причинно-следственные связи и истинный смысл того или иного события или поведения).
4. Убеждение и переубеждение, которое может осуществляться как непосредственно, так и опосредованно.
5. Предоставление информации.
6. Постановка определенных заданий — использование вспомогательных техник. Последовательное использование указанных приемов позволяет психотерапевту оптимально пользоваться психотерапевтическим потенциалом групповой динамики.

В заключение следует отметить, что при разнообразии выделяемых ролей, позиций, стилей, характеристик поведения группового психотерапевта существует разделяемое большинством специалистов представление, согласно которому основная задача психотерапевта заключается в недирективном руководстве группой, стимулировании пациентов к активности и создании атмосферы эмоциональной безопасности и принятия, Необходимость ограничения собственной активности и директивности группового психотерапевта обусловлена тем, что активность участников группы сама по себе является лечебным фактором групповой психотерапии. Важно подчеркнуть, что основные характеристики поведения психотерапевта определяются не только теоретической ориентацией, но и актуальной групповой ситуацией, а также фазой развития психотерапевтической группы.

Более конкретное представление о способах поведения психотерапевта может дать методика определения способов руководства группами, разработанная Кратохвилом (см. Психологический практикум).

Организационные аспекты групповой психотерапии. Эффективность групповой психотерапии как лечебного метода подтверждена многочисленными исследованиями. На основе опыта практической работы сформировались представления об организационных аспектах групповой психотерапии: продолжительности всего курса лечения и отдельного сеанса, частоте занятий, составе психотерапевтических групп и принципах их подбора, количестве психотерапевтов, комбинации различных методов (основных и вспомогательных, вербальных и невербальных) и пр.

Продолжительность курса групповой психотерапии может быть различной. Она зависит от типа медицинского учреждения, нозологической принадлежности пациентов, применяемых методов и ряда других факторов. Однако большинство психотерапевтов и исследователей считают, что оптимальным сроком лечения является 8–10 недель при частоте занятий 4–5 раз в неделю с продолжительностью одного сеанса 1,5 ч. Таким образом, курс групповой психотерапии в оптимальном варианте рассчитан на 40–50 занятий, т. е. 60–75 ч.

Важным организационным аспектом, который во многом определяет эффективность групповой психотерапии, является организация психотерапевтической группы с точки зрения ее численности и состава. Психотерапевтическая группа — это малая целевая группа, относительно немногочисленная общность пациентов, находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии, созданная для достижения определенных психотерапевтических целей и использующая для их достижения групповую динамику. На практике число членов психотерапевтической группы колеблется от 3 до 30 человек. Возможно создание малых групп (до 10 человек), средних (от 11 до 20 человек) и больших (от 21 до 30 человек). Однако наиболее эффективной является группа, находящаяся на границе малой и средней и насчитывающая от 8 до 12 участников. Групповая психотерапия иногда сочетается с индивидуальной, однако в таком случае групповая форма все же выступает в качестве ведущего метода лечения.

В литературе дискутируется вопрос о таком параметре, как однородность—неоднородность (гомогенность—гетерогенность) группы, т. е. о том, каких пациентов следует включать в конкретную группу — совпадающих по своим характе-

ристикам или различающихся. Проблема однородности—неоднородности касается таких характеристик, как нозологическая принадлежность, синдромология, пол, возраст, социокультурный уровень, уровень интеллекта, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравмирующие ситуации. Наиболее дискутируемой проблемой является проблема однородности-неоднородности по нозологическому признаку. В качестве наиболее предпочтительного варианта многие авторы рассматривает однородную в нозологическом отношении группу. При этом исходят из того, что нозологическая принадлежность в значительной степени конкретизирует задачи психотерапии, определяет направленность и глубину психологических вмешательств. Однако существуют данные, свидетельствующие об эффективности и неоднородных в нозологическом отношении групп. Что касается других параметров, то большинство исследователей и практиков склоняются к неоднородности, по возможности большему разнообразию других признаков, в частности таких, как пол, возраст, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравмирующие ситуации и пр. Это связано прежде всего с тем, что в таких группах в силу различий между пациентами с большей вероятностью могут возникать самые разнообразные ситуации и взаимодействия, каждая из которых будет значимой для того или иного пациента. Сторонники неоднородности психотерапевтической группы полагают, что в такой группе возможна более глубокая психотерапия, так как одна из важнейших ее задач заключается в конфронтации пациента, имеющего узкий диапазон поведенческих и эмоциональных стереотипов, с другим, отличающимся альтернативным поведением и реакциями. Разнородность группы способствует столкновению многих способов реагирования, дает пациенту возможность научиться различать оттенки в отношениях между людьми, учит терпимо, лояльно относиться в противоположному поведению и отличным от своих реакциям; помогает научиться чувствовать себя безопасно в непривычной среде, среди других людей с другими отношениями, ценностями, установками. Отмечают также и такие преимущества разнородных групп, как более эффективное научение, быстрое формирование групповой культуры, большие возможности ослабления психологической защиты и проекции при интерпретации поведения других. Приверженцы однородных групп отмечают такие их особенности, как быстрая взаимная идентификация, ускорение инсайта, уменьшение длительности лечения, быстрое возникновение взаимной эмпатии, катарсис, уменьшение сопротивления и проявлений деструктивного поведения, более редкое формирование подгрупп. Принцип однородности состава группы чаще всего реализуется при лечении крайних возрастных контингентов (дети, подростки, пожилые люди) или лиц с четко доминирующей проблематикой (например, при наркотической зависимости). В целом глубинная психотерапия предполагает большее разнообразие в составе группы. При этом оптимальный состав группы должен быть таким, чтобы ее члены, несмотря на различия, могли вести между собой плодотворную дискуссию.

Психотерапевтические группы также подразделяются на открытые и закрытые. Открытые группы не имеют постоянного состава участников: по мере окончания лечения одни пациенты уходят из группы и на их место в состав уже работающей группы включают новых участников. В открытых группах, как правило, нет заранее фиксированной длительности работы. Закрытые группы отличаются постоянством состава участников, новые члены в группу не включаются даже в том случае, если из нее по какой-то причине выбывает пациент до окончания срока лечения. Закрытые группы обычно имеют фиксированную продолжительность работы.

Вопрос об эффективности открытых и закрытых психотерапевтических групп также широко дискутируется в литературе. Можно указать такие особенности закрытых групп, как их большая эффективность, совместное и одновременное прохождение всеми пациентами фаз психотерапевтического процесса, значительная глубина и сила групповых переживаний, высокая степень идентификации психотерапевта с группой, его большая эмоциональная вовлеченность и ответственность, большая сплоченность и эффективность углубленной работы по достижению инсайта, наличие более благоприятных условий для проведения эксперимента по использованию различных методов психотерапии и их сравнению. В качестве преимуществ открытых психотерапевтических групп указывают более легкое усвоение пациентом, вступающим в уже работающую группу, групповых норм, целей, ценностей — всего того, что называется групповой культурой или групповой идеологией в целом, менее выраженное сопротивление; положительное влияние на вновь поступивших участников группы тех пациентов, которые заканчивают лечение; большую эффективность при выполнении различных заданий тренингового и обучающего характера (в частности, научение более эффективным социальным контактам). Закрытые психотерапевтические группы при ориентации на глубинную личностно-ориентированную психотерапию являются более эффективными, так как в них быстрее формируются групповая сплоченность, взаимопонимание и взаимопомощь, теплая эмоциональная атмосфера, а также глубокое понимание целей и задач психотерапии, друг друга и себя самого. В стационарных условиях обычно используются закрытые психотерапевтические группы. В амбулаторной практике, когда существует высокая вероятность значительного отсева пациентов в процессе групповой психотерапии, предпочтение отдается открытым группам.

Руководство психотерапевтической группой осуществляется групповым психотерапевтом. Его функции сложны и разнообразны, к его профессиональному уровню и поведению предъявляются высокие требования, что связано с необходимостью быстрого и точного понимания групповой ситуации и того, что происходит с конкретным пациентом, выбора наиболее адекватных способов воздействия и конкретных методических приемов, высокого самоконтроля в отношении собственных проекций. Поэтому наиболее оптимальным вариантом является ведение психотерапевтической группы двумя психотерапевтами: психотерапевтом и котерапевтом. Сам термин «котерапевт» в определенной степени предполагает подчиненную, второстепенную роль второго ведущего группы. Во многом такие представления обусловлены не только собственно термином, но и тем, что на практике

такая совместная работа является одновременно и способом обучения групповых психотерапевтов: как правило, в группе работает один опытный психотерапевт, а другой (котерапевт) — начинающий. В идеале же — оба психотерапевта являются равноправными партнерами, действуют в одном направлении. Теоретические попытки каким-либо образом содержательно развести функции психотерапевта и котерапевта по сути никакого практического результата не дали. Следует отметить, что в качестве оптимального рассматривается вариант, когда группу ведут мужчина и женщина, что создает благоприятные условия для разнообразных проекций участников группы, а также специалисты различной базовой подготовки — врач и психолог, каждый из которых привносит свои специфические знания и подходы к групповой ситуации и конкретным пациентам.

Групповая психотерапия применяется в системе комплексного лечения пациентов с самыми различными заболеваниями: неврозами, алкоголизмом и наркозависимостью, психозами, психосоматическими и хроническими соматическими заболеваниями и пр. Показания к групповой психотерапии, так же как и к психотерапии в целом, определяются прежде всего ролью психогенных факторов в этиопатогенезе заболевания и его социально-психологическими последствиями.

Контрольные вопросы

1. В наименьшей степени сущность психотерапии в современном ее понимании раскрывает понятие:

❶ психологическое вмешательство;

❷ психологическая коррекция;

❸ внушение;

❹ клинико-психологическая интервенция.

2. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена:

❶ на переучивание;

❷ на осознание;

❸ на интеграцию опыта;

❹ на распознавание ошибочных стереотипов мышления.

3. Что не может рассматриваться в качестве теории, оказавшей влияние на развитие гуманистической психологии и психотерапии?

❶ экзистенциальная философия;

❷ феноменологический подход;

❸ восточная философия;

❹ теории научения.

4. Психологической основой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является:

❶ теория деятельности;

❷ теория отношений;

❸ теория установки;

❹ теория поля.

5. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия — это:

❶ психотерапевтическое воздействие, учитывающее личностные особенности пациента;

❷ психотерапевтическое направление, основанное на психологии отношений;

❸ вариант клиент-центрированной психотерапии;

❹ вариант когнитивной психотерапии.

6. В рамках какой теоретической ориентации может быть дано следующее определение психотерапии: «Психотерапия — это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений»?

❶ Психодинамической.

❷ Гуманистической.

❸ Когнитивной.

❹ Поведенческой.

7. Поведенческая психотерапия представляет собой практическое применение:

❶ теории деятельности;

❷ теории научения;

❸ концепции отношений;

❹ психологии установки.

8. Когнитивная психотерапия возникла как одно из направлений:

❶ рациональной психотерапии;

❷ гуманистической психотерапии;

❸ поведенческой психотерапии;

❹ психодинамической психотерапии.

9. Психологической основой психодинамического направления является:

❶ бихевиоризм;

❷ психоанализ;

❸ гуманистическая психология;

❹ когнитивная психология.

10. Психотерапией, центрированной на переносе, может быть названа такая психотерапевтическая система, как:

❶ когнитивная психотерапия;

❷ разговорная психотерапия;

❸ экзистенциальная психотерапия;

❹ психоанализ.

11. Термин «перенос» обозначает:

❶ эмоционально теплые отношения между пациентом и психотерапевтом;

❷ доверие и открытость пациента по отношению к психотерапевту;

❸ специфические отношения между пациентом и психотерапевтом, основанные на проекции;

❹ партнерские отношения между пациентом и психотерапевтом.

12. Наиболее характерной для психотерапевта-психоаналитика является роль:

❶ фасилитатора;

❷ инструктора;

❸ интерпретатора;

❹ эксперта.

13. Основной процедурой психоанализа является:

❶ интерпретация;

❷ прояснение;

❸ фокусировка;

❹ преодоление.

14. Какая из перечисленных процедур не является психоаналитической:

❶ конфронтация;

❷ интерпретация;

❸ реатрибуция;

❹ прояснение?

15. В процессе психоанализа анализу не подвергаются:

❶ свободные ассоциации;

❷ сновидения;

❸ автоматические мысли;

❹ сопротивление.

16. В процессе психоанализа анализу подвергаются:

❶ ошибочные действия;

❷ автоматические мысли;

❸ неадаптивные поведенческие стереотипы;

❹ ошибочные когниции.

17. Термин «научение» имеет наибольшее значение:

❶ для опытной психотерапии;

❷ для гештальттерапии;

❸ для психодрамы;

❹ для когнитивной психотерапии.

18. Метод систематической десенсибилизации основан:

❶ на оперантном обусловливании;

❷ на классическом обусловливании;

❸ на научении по моделям;

❹ на внушении.

19. Так называемая жетонная система — это метод, основанный:

❶ на оперантном обусловливании;

❷ на классическом обусловливании;

❸ на научении по моделям;

❹ на внушении.

20. Когнитивная психотерапия не направлена на выявление:

❶ ошибочных действий;

❷ иррациональных установок;

❸ автоматических мыслей;

❹ дисфункциональных убеждений.

21. Термин «опыт» имеет наибольшее значение:

❶ для психотерапии, основанной на теориях научения;

❷ для психодинамической психотерапии;

❸ для гуманистической психотерапии;

❹ для психотерапии, основанной на когнитивных подходах.

22. Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

❶ использование свободных ассоциаций;

❷ безусловное принятие пациента психотерапевтом;

❸ работу с иррациональными установками личности;

❹ изменение системы отношений пациента.

23. «Разговорная» психотерапия — это:

❶ разновидность рациональной психотерапии;

❷ вариант клиент-центрированной психотерапии;

❸ направление в когнитивной психотерапии;

❹ направление в психодинамической психотерапии.

24. В так называемую триаду Роджерса, описывающую основные характеристики поведения психотерапевта, не входит:

❶ эмпатия;

❷ принятие;

❸ нейтральность;

❹ конгруэнтность.

25. Противоположным понятию психологической защиты в рамках клиент-центрированной психотерапии Роджерса является:

❶ эмпатия;

❷ принятие;

❸ открытость опыту;

❹ аутентичность.

26. Групповая психотерапия — это:

❶ самостоятельное психотерапевтическое направление;

❷ метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;

❸ метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь и теперь»;

❹ метод, направленный на переработку межличностных конфликтов.

27. Наиболее характерной для групповой психотерапии является:

❶ биографическая ориентация;

❷ тематическая ориентация;

❸ интеракционная ориентация;

❹ симптоматическая ориентация.

28. В качестве основного механизма лечебного действия групповой психотерапии рассматривается:

❶ межличностное научение;

❷ имитационное поведение;

❸ сообщение информации;

❹ интерперсональное влияние.

29. В контексте групповой динамики противоположным понятию «напряжение» является понятие:

❶ релаксация;

❷ групповая сплоченность;

❸ принятие;

❹ безопасность.

30. Какая их перечисленных ролей группового психотерапевта является наименее конструктивной:

❶ комментатор;

❷ технический эксперт;

❸ активный лидер;

❹ опекун?

31. Психодрама — это метод, направленный прежде всего на создание условий:

❶ для диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции;

❷ для повышения коммуникативной компетентности;

❸ для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой;

❹ для переработки межличностных конфликтов.

Глава 18

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Психология диагностического процесса

Коммуникативная компетентность врача — профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом — от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или *коммуникативная компетентность*, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. При отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у других врачей или просто у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины.

Психологическая сторона отношений «врач—больной» важна и в условиях платной медицины, когда пациент выступает в роли «заказчика» и оплачивает услуги. В этом случае он ориентируется не только на профессионализм», но и на чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он внушает доверие и уважение, внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки.

В работе Георгиевского и Боброва приведены представления больных об образе врача. Самыми существенными были признаны следующие качества: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, т. е. преобладали коммуникативно значимые черты. Качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт, оценивались пациентами особенно высоко.

Ташлыков при экспериментально-психологическом исследованим получил сходные данные. Он представил «эталон» врача больных неврозами (F40–F48). С наибольшей частотой они указывали на следующие десять наиболее существенных, по их мнению, качеств врача: ум — 74 (в процентах от общего числа больных), внимательность — 57, увлеченность работой — 52, чуткость — 49, тактичность — 49, терпеливость — 49, чувство долга — 45, спокойствие — 40, серьезность — 38, чувство юмора — 38. Эталон врача изменялся в зависимости от клинической формы невроза, пола и возраста больных. Например, больные истерией (F44) предпочитали эмоциональный, «сопереживающий» тип врача и подчеркивали важность для них таких личностных характеристик врача, как чуткость, доброта, терпеливость; больные неврастенией (F48.0) предпочитали «нейтральный», рабочий тип общения (внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является *коммуникативная толерантность* (как один из аспектов коммуникативной компетентности) — терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «врач—больной» возникают отношения дружбы, психологической близости, зависимости, любви. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологиче-

ски правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность. Умение общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с другими людьми формируется в процессе взаимодействия с окружающими, по мере накопления опыта отношений в различных социальных ситуациях, выполнения разных видов деятельности. В общении формируются и проявляются свойства личности: тревожность, агрессивность, ригидность и т. д. Во взаимодействии со складывающимися психологическими особенностями личности развивается и коммуникативная компетентность.

В основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В конфликтных ситуациях, в случае обострения взаимоотношений присутствие рядом эмоционально близких людей стабилизирует картину мира и самооценку, укрепляет позиции, позволяет более точно и адекватно реагировать на происходящие события. Известно, что в состоянии тревоги повышается потребность в других людях, само их присутствие рядом снижает уровень тревоги, уменьшает интенсивность негативных эмоциональных переживаний. Для человека наличие социальных связей столь важно, что уже только их недостаточность считается возможной причиной развития стресса. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, в литературе обозначается термином *аффилиация* — потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне (психологически) аффилиация выступает в виде чувства привязанности и верности, а внешне — в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения. Хекхаузен определяет аффилиацию как определенный класс социальных взаимодействий, имеющих повседневный и в то же время фундаментальный характер. Содержание таких взаимодействий заключается в общении со знакомыми, малознакомыми и незнакомыми людьми и такой их поддержке, которая приносит удовлетворение, увлекает и обогащает. В работе врача, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии.

Другая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, — это *эмоциональная стабильность*, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные

реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости, агрессивности. В большинстве случаев наблюдается также астения в качестве одной из наиболее распространенных и неспецифических форм психического реагирования на разнообразные внутренние и внешние патогенные факторы: психогенной, травматической, соматогенной и другой природы. Больные с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача. Особенно это важно для больных с тяжелыми психическими расстройствами. Так, одним из возможных психологических способов повышения уровня социальной адаптации больных шизофренией (F20–F29) является вербализация разнообразных впечатлений и представлений, их систематизация и обобщение, меняющие картину мира больного и стабилизирующие его.

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач—больной», является также *эмпатия*, способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного. Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной (познавательной) эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанному на интуиции. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является и *сенситивность к отвержению*. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную обратную связь, позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больным. В то же время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилиативную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомне-

ваться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы. Неуверенность в собственной профессиональной состоятельности может стать причиной психической травматизации и приводить к эмоциональным расстройствам.

Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача. Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как *тревожность*, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревога — это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) — обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случав адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Больным это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач—больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его. Под влиянием тревоги могут нарушаться различные функции организма, который реагирует, например, нарушениями сна, снижением аппетита либо, напротив, его повышением (у некоторых больных в состоянии тревоги возникает булимия) (F50.2). Повышенная тревожность отмечается у многих пациентов, страдающих различными заболеваниями, и ее усиление под влиянием страха, переживаемого врачом, крайне нежелательно. В этом случае больной может почувствовать безнадежность своего состояния, перестает верить в возможность выздоровления. Врачи с высокой личностной тревожностью, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для больных, которые предпочитают более стабильных и эмоционально уравновешенных врачей.

Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть *депрессивность*. Если эмоция тревоги направлена в буду-

щее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется сплошной цепью неудач и неприятностей, формируя ощущение безысходности, безнадежности, которое проецируется в будущее. Утрачивается перспектива, жизнь окрашивается переживанием собственной ущербности, неполноценности. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия больного. Наблюдая, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления, и, напротив, «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии.

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач—больной», — глубокая *интровертированность* врача. «Интроверсия» — термин, введенный в психологию Юнгом, определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, по-своему, субъективно интерпретирующим окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. Эти качества способны снизить коммуникативную компетентность врача, выступая в роли *коммуникативного барьера*, препятствующего эффективному общению. Интровертированность, выраженная в значительной степени, затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки.

Формирование коммуникативной компетентности врача. Умение общаться с больными — коммуникативная компетентность врача — искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения в медицинском вузе, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Вначале, на ранних этапах обучения, начиная взаимодействовать с больными, будущие врачи часто бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, которых особенно уважают, на чье мнение ориентируются, перенимая у них манеру общения с больными, особенности невербального поведения (жесты, мимические реакции, позы, манеру сидеть, разговаривая с больным, и пр.), интонации, заимствуют из их словаря ключевые фразы (первую фразу, с которой начинается контакт с пациентом, последнюю фразу с заключительны-

ми обобщающими формулировками). По мере накопления опыта профессионального общения молодой врач уже осознанно начинает использовать разнообразные психологические навыки, облегчающие общение о больным. Чем больше стаж работы врача, тем больше внимания он уделяет психологическим аспектам диагностического и терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной компетентности, во многом обеспечивающей эффективность профессионального взаимодействия.

Профессиональная адаптация. Адаптация молодого врача к профессиональной деятельности занимает около двух лет. Как правило, это время необходимо для того, чтобы почувствовать себя уверенно в новой социальной роли, выработать индивидуальный профессиональный «имидж», приобрести определенный репертуар навыков, алгоритмов действия в стандартных профессиональных ситуациях. В начале самостоятельной работы молодой врач обычно еще не чувствует себя вполне уверенно, ориентируясь на более опытных врачей, к помощи которых прибегает в сложных или ответственных случаях. Продолжаются поиск информации, тренировка профессиональных навыков с получением обратной связи (одобрения, поощрения со стороны старших), интенсивное общение с молодыми начинающими коллегами, обеспечивающее эмоциональную поддержку. Этот познавательный элемент профессиональной адаптации можно обозначить как совершенствование *профессиональных знаний, умений, навыков.*

Другой, эмоциональной составляющей профессиональной адаптации врача является выработка навыка определения той степени эмоциональной «включенности» больного, которая необходима в каждом конкретном случае профессионального общения. Этот компонент адаптации связан с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с больным. В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности молодой врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Снижаются адаптивные и компенсаторные возможности. Вследствие постоянного переутомления возможны снижение иммунитета, частые простудные заболевания, обострения хронических соматических расстройств. Возникает *синдром эмоционального выгорания* как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.

«Синдром эмоционального выгорания» субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, врач перестает принимать во внимание психо-

логические феномены, связанные с заболеванием, — внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный кризис врачебной деятельности может повторяться время от времени. Больные перестают обращаться к врачу за помощью, иногда предпочитая менее опытных и компетентных, но более доброжелательных. В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи. У врачей-женщин эмоциональное истощение развивается в большей степени, чем у врачей-мужчин. «Выгорающих» описывают как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, склонных идеализировать окружающих людей. Одновременно это лица эмоционально неустойчивые, с колебаниями настроения, интровертированные, лишенные достаточной степени эмоциональной поддержки.

При исследовании «синдрома эмоционального выгорания» были выделены три фазы. Первая — «фаза напряжения». Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального выгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность (признак ослабления контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом) и реакции депрессивного типа. Вторая фаза получила название «фазы сопротивления». Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избегать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. «Экономия эмоций», ограничение эмоциональной отдачи упрощает и сокращает процесс общения «врач—больной», привнося в него черты поверхностности и формализма. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия. Третья фаза описывается под названием «фазы истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечаются снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности (снижением памяти, нарушением концентрации внимания и др.), склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

По мере накопления опыта врач обучается «дозировать» степень эмоциональной вовлеченности в процессе профессионального общения. Эмоциональная «включенность» важна в начале общения с больным, при установлении психологического контакта. В дальнейшем взаимодействии эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагно-

стики и терапии: при необходимости убедить больного пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно если существует вероятность неблагоприятного исхода. Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы жизни больного, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с больными, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).

Еще один компонент профессиональной адаптации связан с формированием «*профессионального имиджа*» как важного инструмента врачебной деятельности. Один из наиболее значимых его элементов — уверенное поведение врача, адекватное ситуации. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни был врач шокирован, напуган, подавлен допущенной ошибкой, он не должен показывать своей растерянности больному. Уверенный стиль поведения помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, его способности контролировать ситуацию и определять прогноз, что позволяет пациенту сохранять веру в благополучный исход событий. Уверенное поведение помогает обеспечить доверие больного, вселить в него надежду, активизировать защитные и компенсаторные механизмы. Другими составляющими «профессионального имиджа» являются характеристики невербального поведения: открытые позы, располагающие к общению; коммуникативные и экспрессивные жесты, рассчитанные на произведение определенного впечатления; мимические реакции, выражающие доброжелательность, спокойную уверенность; межличностная дистанция, отражающая степень эмоциональной близости в каждый момент общения в зависимости от поставленных тактических задач. Важен и внешний вид врача, особенности его речи: доверительная, властная или спокойная, уверенная интонация, плавная, хорошо построенная речь. Это повышает степень доверия к полученной информации и уверенность в профессиональной компетентности врача.

Первая встреча врача и больного (этапы диагностического процесса). Психологическая сторона отношений «врач—больной» важна на всех этапах диагностического и терапевтического процессов, но особенно большое значение она приобретает при первой встрече, установлении психологического контакта, предшествующего диагностике и терапии. Оптимальный психологический контакт, по литературным данным, на 40% обеспечивает успешность, эффективность межличностного взаимодействия. Он может «теряться» в отдельные моменты коммуникации, и тогда врач, чувствуя дистанцированность пациента, «ускользающего» от общения, вновь возвращается к установлению психологического контакта с больным.

Контактная фаза общения. Это первый этап профессионального общения врача и больного. В течение контактной фазы врач знакомится со своим пациентом, между ними устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге, формируются предпосылки для последующего межличностного взаимодействия. Первое впечатление больного о враче во многом определяет то, как пациент будет строить свои отношения с лечащим врачом, выполнять его назначения, принимать лекарства, соблюдать диету и режим, каки-

ми будут представляться перспективы выздоровления. Наиболее важная задача, стоящая перед врачом в контактной фазе взаимодействия с больным, — произвести на больного нужное впечатление. У пациента должно возникнуть представление о том, что врач хочет и может ему помочь. Первое основывается на эмпатических способностях врача, второе — на его уверенной манере поведения. Невербальное поведение врача на этапе установления контакта важнее, чем вербальное поведение. На вербальном уровне взаимодействия, словами врачи говорят практически одно и то же, но невербально, интонациями, жестами, взглядами, они могут передавать совершенно различные сообщения, содержащие определенное отношение к больному и его проблемам. Невербальное сообщение содержит наиболее значимую информацию, на которую реагирует больной при первой встрече с врачом. По наблюдениям психологов, впечатление о человеке возникает в течение 18 с знакомства. К врачу предъявляются повышенные требования, касающиеся как внешнего вида, так и манеры поведения. Ощущение психологического контакта дает такой важный элемент невербального взаимодействия, как контакт глазами (взгляд). Поэтому в первые же секунды профессионального общения врач должен посмотреть в глаза своему пациенту, давая понять, что готов внимательно его выслушать. Убедив взглядом больного в надежности и прочности психологического контакта, врач спрашивает о причинах визита. С этого момента начинается вторая фаза общения — фаза ориентации.

Параметры невербального поведения, используемые в психодиагностике. В деятельности врача можно выделить ряд специфических диагностических ситуаций, когда умение «читать» невербальное сообщение по позе, мимике, жестам больного является профессионально значимым качеством, позволяющим проводить более точную диагностику.

Это случаи, когда врач сталкивается с *симуляцией*. Если пациент по каким-то корыстным соображениям симулирует психическое заболевание, имитируя, например, симптомы шизофрении (F20–F29), и при этом в свободной непринужденной позе, в кресле или на стуле, сопровождает хорошо модулированную, с широким диапазоном интонации речь, плавную и естественную, множеством экспрессивных жестов, демонстрирует разнообразные мимические комплексы, ярко отражающие страх, гнев, печаль, другие эмоции, то врач с сомнением отнесется к тому, что будет говорить его собеседник. Постоянно наблюдая в психиатрической клинике поведение больных шизофренией, врач-психиатр имеет определенное представление, иногда не вполне осознаваемое, о том, как оно выглядит; он ожидает увидеть скованные, симметричные, напряженные позы, с «деревянными» выгнутыми спинами, с почти полным отсутствием жестов, бледное маскообразное, амимичное лицо либо, напротив, множество нелепых, странных, неестественных жестов, вычурность и необычность позы, плохо скоординированные мимические реакции, когда все поведение в целом производит впечатление дисгармоничности и рассогласованности. Сравнивая сложившийся за время профессиональной деятельности образ больного шизофренией с симулятивным поведением, врач отмечает явное несоответствие.

Так же, хотя и менее ярко, обстоит дело в клинике внутренних болезней. Для пациентов различной нозологической принадлежности характерны так называемые «вынужденные позы», например «поза астматика», когда больной садится, ухватившись руками за подлокотники кресла или за краешек стула, слегка подавшись всем телом вперед и опустив голову, — поза, в которой ему легче дышать. Имея дело со «своими» пациентами, врач видит, что вербальное сообщение (жалобы больных, предъявляемые ими симптомы) соответствует невербальному поведению (тому, как они стоят, сидят, дышат). Если такого соответствия нет, речь может идти о симуляции.

Ситуация, когда умение «читать» невербальное сообщение собеседника может рассматриваться как профессионально значимое качество врача и позволяет осуществлять более точную диагностику, — поведение *диссимуляции*, при котором пациент сознательно скрывает симптомы своего заболевания. Анализ невербального поведения позволяет выделить характерные мимические реакции на боль, сдержанные жесты, статичные позы — признаки, свидетельствующие о наличии «охранительного» стиля поведения: минимальное количество движений позволяет ограничивать воздействие болевых раздражителей.

Умение ориентироваться в невербальных реакциях партнера по общению может быть важным, когда пациентом является больной с *мутизмом* (отсутствием речи). Мутизм встречается при различных заболеваниях, например, при истерии (F44), при шизофрении. Врач общей практики сталкивается с этим симптомом чаще всего при стихийных бедствиях — землетрясении, наводнении, пожаре, у пациентов в состоянии шока, у лиц в ситуации угрозы для жизни, ставших свидетелями гибели родных и близких. Вступая в контакт с такими пациентами, врач оценивает тяжесть поражений, степень срочности оказания медицинской помощи, ориентируясь лишь на видимые признаки повреждений, а также на невербальные характеристики поведения больных.

Наличие невербальных коммуникативных навыков врачу необходимо при «*языковом барьере*», когда врач и пациент, говоря на разных языках, не понимают друг друга. В этой ситуации они дополняют вербальную коммуникацию невербальной с помощью жестов, мимических реакций, интонаций голоса.

Развитие коммуникативных навыков требует и ситуация *экспресс-диагностики*, когда за небольшой промежуток времени врач должен обследовать большое количество пациентов. Подобная ситуация складывается во время стихийных бедствий и социальных катаклизмов (война, революция, массовая миграция беженцев). Врач должен быстро оценить наличие и тяжесть поражений, очередность оказания медицинской помощи и с этой целью использует не только вербальную коммуникацию (расспрос больного), но и невербальную, обращая внимание на мимические реакции, жесты, позы, возможные ограничения в движениях, связанные с травмой или с поражением внутренних органов.

Навыки невербального взаимодействия могут быть полезны и при профессиональном взаимодействии врача с маленькими детьми. Ребенок, не обладая развитыми навыками интроспекции, часто испытывает затруднения при описании характера боли, не может определить ее («колющая», «режущая», «давящая», «распирающая»). Маленькие дети часто затрудняются в установлении причинно-

следственной связи между событиями: им трудно определить, связана ли боль с приемом пищи, с физическими или эмоциональными нагрузками и т. д. Наблюдение за поведением ребенка может помочь врачу получить необходимую дополнительную информацию.

Невербальное поведение оцениваться по следующим основным параметрам: собственно невербальное поведение (межличностная дистанция, взаимное расположение собеседников, позы, жесты, мимика и взгляд) и паралингвистические компоненты общения (вздохи, стоны, зевота, покашливание) — все звуки, которые произносит человек, но не речь, а также такие характеристики речи, как громкость голоса, ее темп и ритм, паузы.

У каждого человека существует свое собственное «жизненное пространство» — зона, которую он охраняет от вторжения окружающих. В процессе общения собеседники регулируют эту *межличностную дистанцию*. Размеры «жизненного пространства» определяются тремя факторами: особенностями личности субъекта, характеристиками его актуального психического состояния, а также плотностью населения в той местности, где он воспитывался. Люди, детство которых проходило в большом столичном городе с высокой плотностью населения, привыкают находиться в условиях скученности, в толпе, не чувствуя при этом особого дискомфорта. Их «жизненное пространство» меньше, чем у жителей маленьких провинциальных городов с низкой плотностью населения, которые привыкли располагаться на большом расстоянии друг от друга. Переезжая жить в столицу, житель маленького городка первое время испытывает острый дискомфорт, связанный с нарушением привычных для него границ. Исследования физиологов показали, что близкое присутствие рядом другого человека повышает уровень катехоламинов и это субъективно отражается в сознании в виде беспредметной тревоги или психического напряжения. «Жизненное пространство», или то «психологическое поле», в котором человек чувствует себя комфортно, определяется также особенностями его личности и состояния. При выраженной интроверсии размеры «жизненного пространства» больше. Наибольшее «жизненное пространство» у самых выраженных интровертов — больных шизофренией (F20–F29), наименьшее — у больных в маниакальном состоянии (F30), расторможенных, бесцеремонно нарушающих чужие «границы». Психическое состояние также влияет на межличностную дистанцию, человек с высоким жизненным тонусом, повышенным настроением сокращает дистанцию с другими людьми, а в состоянии уныния, печали или в астении межличностная дистанция увеличивается. При межличностном взаимодействии двух собеседников расстояние между ними определяется размерами «жизненного пространства» каждого из них. Для межличностной дистанции характерны две психологические закономерности. Первая указывает на связь психологической, эмоциональной и физической близости: чем более близкие, теп лые, эмоциональные отношения между людьми, тем расстояние между ними меньше. Сокращение психологической дистанции, установление эмоциональной близости между партнерами по общению сопровождаются сокращением физического расстояния между ними, т. е. чем более холодные, формальные, официальные отношения между людьми, тем расстояние между ними больше. Вторая закономерность, определяющая межличностную дистанцию, подчеркивает различие в соци-

альном статусе общающихся лиц: чем выше социальный статус собеседника, тем расстояние больше. Мы держимся дальше от людей, занимающих высокое положение в обществе, создавая для них большее «жизненное пространство».

Выделяют четыре межличностные дистанции.

1. От 0 до 45 см — «интимная», встречается во взаимоотношениях близких людей: мужа и жены, матери и ребенка, близких друзей и родственников. Вторжение чужого человека в интимную зону (как это нередко бывает с близорукими людьми) вызывает раздражение и чувство протеста. Тот, чье «жизненное пространство» нарушено, отодвигается, увеличивая интимную зону. Присутствие в интимной зоне близкого нам лица не только возможно, но и желательно, особенно в ситуациях опасных или потенциально конфликтных. Во взаимоотношениях «врач–больной» пациент обычно в интимную зону не допускается. Отношения с больным — это отношения официальные, регламентированные социальными нормами и распределением ролей. Исключение может быть сделано лишь в тех случаях, когда возникает угроза жизни пациента: к ним относится общение с умирающим больным, с онкологическим больным при сообщении ему диагноза и прогноза заболевания, с депрессивным пациентом, имеющим суицидальные тенденции. Интимная дистанция может быть использована и в том случае, когда решается вопрос об операции, особенно если существует вероятность летального исхода.

2. Дистанция от 45 до 120 см называется личной дистанцией. Она характеризует так называемое партнерское общение, т. е. общение людей равного социального статуса, связанных общей деятельностью. Личная дистанция может использоваться при проведении психотерапии.

3. Расстояние от 120 до 400 см — социальная дистанция — это расстояние, на котором осуществляется официальное, формальное взаимодействие двух лиц. В специальных исследованиях было показано, что если пациенту дать возможность самому выбирать дистанцию общения во время первой встречи с врачом, то он расположится на расстоянии 200 см. Именно на этой дистанции больной чувствует себя комфортно во взаимоотношениях с врачом, с которым нет психологического контакта и доверительных профессиональных отношений. Впоследствии, по мере установления контакта, формирования и развития взаимоотношений, эта дистанция может сокращаться. Скорость, с которой она сокращается, свидетельствует об определенных психологических особенностях пациента, а также о профессиональном умении врача устанавливать психологический контакт и вызывать доверие больного. Пациенты, которые слишком быстро сокращают дистанцию, становясь назойливыми, бестактными, бесцеремонными, вторгаясь постоянно в «жизненное пространство» врача, часто отличаются инфантилизмом, повышенной зависимостью от окружающих, потребностью в эмоциональной поддержке. Обычно они имеют психологические трудности, сложные взаимоотношения и переживания, в которые стремятся вовлечь врача, чтобы переложить на него ответственность за решение своих жизненных проблем.

В профессиональном общении для врача важно осознание и поддержание границ своей компетентности, поэтому он не должен активно вторгаться в жизнь своих больных. Степень его участия определяется необходимостью оказания профессиональной помощи. При этом врач учитывает психологические особенно-

сти пациентов, их индивидуальные реакции на терапию, возможные страхи при осложнениях — все то, что связано с лечебно-диагностическом процессом, за который врач несет юридическую ответственность.

4. Расстояние от 4 до 7,5 м называется публичной дистанцией и характеризует формальные взаимоотношения одновременно нескольких людей. Например, на таком расстоянии проводятся собрания, совещания. При этом мимические реакции сглаживаются, мелкие движения становятся менее заметны, повышается громкость голоса, слова подбираются и тщательно выговариваются.

Взаимное расположение собеседников. В ходе взаимодействия партнеры по общению могут различным образом располагаться по отношению друг к другу. Взаимное расположение — то, как собеседники стоят или сидят — также помогает «прочитать» психологический подтекст их взаимоотношений. Выделяют несколько основных позиций.

1. Позиция «лицом к лицу», напротив друг друга. Эта позиция содержит в себе элемент конфронтации; она встречается при конфликтах, в ситуации обострения отношений. Например, при знакомстве с новым, неизвестным лицом к нему разворачиваются всем телом, лицом к лицу встречая потенциальную опасность, которую несет в себе каждый незнакомый человек. В терапевтической ситуации эту позицию следует избегать.

2. Позиция «рядом», «бок о бок» — позиция сотрудничества при отсутствии напряжения, враждебности между партнерами, которых связывает взаимное доверие. Эта позиция характеризует партнерское общение, предполагает наличие психологического контакта, отношения сотрудничества, связанного с достижением общих целей.

3. Общение «через стол» — практически всегда означает отношения власти; отношения «руководитель—подчиненный» с ролевым распределением, с выполнением нормативных запретов и предписаний, регламентирующих общение, его структуру и время взаимодействия. Подобные взаимоотношения практически исключают доверительность и затрудняют психологический контакт. Поэтому в кабинете, где врач ведет прием, стул для больного ставится не напротив, через стол, а сбоку от стола, что с самого начала создает более эффективные условия для взаимодействия.

При поддержании вербального контакта с больным следует учитывать следующую закономерность: когда врач в процессе разговора откидывается назад, сидя в кресле или на стуле, то у пациента может возникнуть представление о том, что собеседнику стало скучно либо он не согласен, не верит тому, что говорит больной. Если же, напротив, врач слушает, чуть-чуть наклонившись в сторону пациента, склонив голову к правому плечу и изредка, в такт его словам, кивает головой — больной будет убежден в заинтересованности и соучастии врача в переживаниях, которые раскрывает ему пациент.

Поза. Большое значение в оценке состояния собеседника, партнера по взаимодействию имеет поза — то, как он стоит, сидит. Существуют несколько классификаций поз, принятых в современной литературе. Позы делятся на естественные и неестественные.

Естественная поза — свободная, непринужденная — характеризует психологический комфорт, отсутствие напряжения и располагает к общению. Напротив, поза неестественная — необычная, странная, нелепая — к общению не располагает, она свидетельствует о напряжении, психологическом дискомфорте. Неестественные, вычурные, напряженные позы характерны для больных шизофренией (F20–F29), это обращает на себя внимание окружающих, которые их стараются избегать.

Позы бывают симметричные и асимметричные. Симметричная поза нивелирует индивидуальные различия, так же как униформа, делая людей несколько похожими друг на друга. Симметричная поза — элемент формального общения, она предполагает официальное, регламентированное взаимодействие. Ее предпочитают люди замкнутые, скрытные, сдержанные, с высоким контролем, отличающиеся осторожностью во взаимоотношениях, недоверчивостью, подозрительностью, не предполагающей близости и сотрудничества. Поза асимметричная, напротив, свидетельствует об индивидуальных особенностях, открытости для общения, готовности к сотрудничеству.

Позы бывают также закрытыми и открытыми. Закрытая поза указывает на нежелание общаться, избегание взаимоотношений с окружающими. К отличительным особенностям закрытой позы относятся такие ее характеристики, как скрещенные на груди руки («поза Наполеона»), скрещенные ноги (нога на ногу); кисти рук в карманах, спрятанные за спину; корпус тела и голова, развернутые в сторону от партнера; взгляд, направленный в пол, в окно, в историю болезни — куда угодно, только не в глаза собеседнику. Закрытая поза не располагает к общению. Открытая поза свидетельствует о готовности к контактам, к межличностному взаимодействию. Открытая поза характеризуется противоположными отличительными признаками: корпус тела и голова повернуты в сторону собеседника, прямой взгляд в лицо и др. Врачу в ситуации его профессионального общения с больными лучше всего использовать естественные, асимметричные, открытые позы, располагающие к общению, не вызывающие напряжения или недоверия, создающие лучшие условия для взаимодействия. Особенно важным это бывает в самом начале общения, при установлении психологического контакта с пациентом.

Жесты. Жестом называется движение руки, в котором обычно участвуют также плечи и голова. Все разнообразные жесты условно делятся на две группы: коммуникативные и экспрессивные. Коммуникативные жесты имеют определенное содержание, понятное окружающим. Они используются в речи вместе со словами, а иногда вместо слов, помогая общению. Мы пожимаем плечами в ответ на вопрос: «Как дела?», вопросительно поднимаем брови, не расслышав слов собеседника, согласно киваем головой вместо того, чтобы сказать «да». Существуют жесты, принятые в определенных профессиональных группах, например у спортсменов или у автомобилистов. Помимо жестов корпоративных, профессиональных, выделяются также жесты национальные и интернациональные. К национальным относятся жесты, принятые в какой-либо одной стране («о’кей» в американской культуре), к интернациональным — понятные в разных странах (прощальный взмах рукой, рукопожатие при встрече). К экспрессивным относятся жесты, не имеющие определенного, понятного для всех содержания. Они выражают состояние человека, очень индивидуальны, рано формируются в онтогенезе и относительно

неизменны в течение всей жизни. Яркость, выразительность экспрессивной жестикуляции определяется особенностями темперамента, актуальным состоянием, а также уровнем образования. Образованные люди с богатым словарным запасом, точно зная значение используемых ими слов, не нуждаются в том, чтобы подкреплять их невербально. Лица с невысоким уровнем образования, ограниченным словарным запасом, испытывающие трудности при подборе слов с определенным значением, часто помогают себе в этом, сопровождая речь жестами. Активная, чрезмерно интенсивная жестикуляция у больных встречается преимущественно в состоянии тревоги, а также при маниакальном возбуждении (F30) и вызывает ответную реакцию беспокойства. Депрессивное состояние (F32) связано с преобладанием статичных однообразных поз, скупых жестов, с мимикой скорби и печали.

Мимика. Это координированные движения мышц лица, которые отражают эмоции, настроения, чувства. Наиболее информативной, передающей те или иные переживания в характерных мимических комплексах является мимика нижней части лица: линия рта, крылья носа, носогубная складка от крыльев носа к уголкам губ, подбородок. Самая информативная деталь в лице человека — линия рта. При хорошем самочувствии и высоком жизненном тонусе линия рта прямая. Опущенные вниз уголки губ — признак, характеризующий состояние печали, депрессии либо усталости. Чрезмерная улыбчивость с постоянно приподнятыми уголками губ, как правило, означает повышенную зависимость от окружающих со стремлением снискать их одобрение и поддержку, в основе которой лежит неуверенность в себе. Еще одна выразительная деталь в нижней части лица — носогубная складка, или, как ее еще называют, «складка интенсивности», выраженность которой указывает на интенсивность переживаемых эмоций. О людях с выраженной носогубной складкой говорят: «страстный человек». В верхней части лица обращает на себя внимание лобная мышца, на лбу могут появиться горизонтальные, вертикальные и диагональные морщины. Горизонтальные линии выражают мимику удивления. Мимический комплекс эмоции удивления в целом помимо горизонтальных морщин лба включает в себя приподнятые брови, широко раскрытые глаза и полуоткрытый рот (лицо дебила или маленького ребенка). Вертикальные линии лба отражают обычно такие эмоции, как гнев, злость. Мимический комплекс эмоции гнева в целом включает в себя вертикальные морщинки лба, нахмуренные (насупленные) брови, прищуренные глаза с обозначенными в уголках глаз веером морщин, сжатую линию рта. Экман считает, что по преобладанию определенных комплексов в мимике лица можно определить принадлежность к «поведенческому типу А», предрасполагающему к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (гипертонической болезни (I10), ишемической болезни сердца (I20–I25)). Тип «А», по его мнению, отличается постоянно нахмуренным лицом, напряжением лицевых мышц, сжатой линией рта, обилием гримас.

Взгляд (*контакт глазами*). Важный элемент невербального общения. Именно взгляд в глаза позволяет почувствовать психологический контакт с собеседником. Некоторые люди избегают смотреть в глаза окружающим, не фиксируют взглядом лицо собеседника. «Бегающий взгляд», как правило, является признаком дис-

комфорта в ситуации общения, свидетельствует об амбивалентной установке в отношении окружающих. Оптимальная продолжительность взгляда — 3 с. Обычно этого бывает достаточно, чтобы почувствовать психологический контакт с партнером, не вызывая у него раздражения. Взгляд, который длится от 3 до 10 с, называется пристальным и вызывает у собеседника напряжение и дискомфорт. Взгляд продолжительностью более 10 с выражает либо конфронтацию и агрессивный вызов, либо сексуальную провокацию во взаимоотношениях мужчины и женщины. Частота взглядов также различается в зависимости от психологического состояния и особенностей личности. Люди спокойные, с высокой самооценкой, удовлетворенные собой и своей жизненной ситуацией при межличностном взаимодействии смотрят в глаза собеседнику чаще, чем неуверенные в себе, эмоционально неустойчивые, неудовлетворенные. В целом в ситуации группового взаимодействия индивид чаще смотрит на того, с кем у него близкие отношения, кем он восхищается. В группе чаще всего смотрят на лидера. В процессе вербального контакта говорящий чаще смотрит на слушающего, чем слушающий на говорящего. Существует связь между частотой взглядов и частотой наказаний. Родители чаще наказывают детей, избегающих смотреть им в глаза, и реже — детей, которые часто и подолгу смотрят им в глаза. Руководитель склонен чаще наказывать подчиненных, избегающих его взгляда, и реже — тех, кто постоянно ловит его взгляд. Частота взглядов связана с ощущением контроля, возникающего у руководителей и старших.

Паралингвистические компоненты общения. Вербальная коммуникация сочетается с использованием таких паралингвистических явлений, как покашливание, стоны, вздохи, зевота и др. Разнообразные звуки, издаваемые человеком в процессе общения, не являются речью, но несут определенную смысловую нагрузку, выражая состояние, настроение собеседника, его отношение к передаваемому сообщению. Среди параметров паралингвистической коммуникации выделяют четыре значимых признака: громкость речи, ее темп, ритм, пауза. Громкость речи сама по себе не является способом психологического воздействия. Но легче говорить громко, если при этом мы одновременно повышаем частоту речи. Сочетание громкости и частоты речи воспринимается как признак конфликтных взаимоотношений и вызывает ответную агрессивную реакцию. Сказанное на фоне громкой речи еще более громким голосом также вызывает в ответ агрессию. То, что на фоне громкой речи сказано более тихим голосом, вызывает ответную реакцию в виде внимания. Имеет значение и эмоциональная значимость раздражителя: молодая кормящая мать может крепко спать под звуки громкой музыки, но она просыпается от малейших звуков, издаваемых ее ребенком. Если же плачет не ее ребенок, то, скорее всего, она не проснется. В зависимости от психического состояния речь может быть быстрой или медленной. Ускоренная речь встречается обычно в трех случаях: человек говорит быстро, если он встревожен и взволнован; если он говорит о личных трудностях; если он пытается уговорить или убедить собеседника. В клинике ускоренная речь — чаще всего признак тревоги, но может встречаться и при маниакальном возбуждении (F30), больной так быстро произносит отдельные фразы, что «проглатывает» окончания, не успевая закончить фразу. Замедленная речь может свидетельствовать об усталости, унынии и печали.

Наблюдается она и у лиц с чертами высокомерия и снобизма, навязывающих окружающим неудобный для них медленный темп речи. Медленная речь характерна для депрессивных (F32) и астенизированных (R53) пациентов. Когда человек говорит на трудную для себя тему, он начинает заикаться, запинаться, неправильно строит предложения, в речи появляются лишние слова «вот», «значит», «так сказать», «стало быть», «как говорится» и т. п. Чем больше в речи запинок, подобных слов, тем меньше степень доверия к полученной информации и менее компетентным кажется говорящий. Напротив, чем правильнее, организованнее речь, тем больше степень доверия к полученной информации и более компетентным кажется говорящий. Паузы часто используются в речи, когда хотят подчеркнуть значение сказанных слов. Пауза придает большую весомость произнесенным фразам. Однако слишком долгая пауза вызывает напряжение, и чем дольше она продолжается, тем уровень напряжения выше. Паузы сознательно используют психотерапевты при работе с группой больных. Они помогают не только повышать групповое напряжение, но и провоцировать эмоциональную «разрядку» с отреагированием и последующей релаксацией.

Фаза ориентации. На протяжении контактной фазы врач стремится расположить к себе больного, принимая естественную, асимметричную, открытую позу, контролируя жесты и мимические реакции лица, интонации голоса, громкость, темп и ритм речи. Одновременно он учитывает невербальные особенности поведения пациента, оценивая его позу, мимику, жесты, и это позволяет составить представление об особенностях состояния больного. Контактная фаза очень короткая, она длится несколько секунд и заканчивается с началом вербального контакта между врачом и пациентом. Обычно контактная фаза завершается, когда врач задает свой первый вопрос: «На что вы жалуетесь?» С этого вопроса начинается вторая фаза общения между врачом и больным — фаза ориентации.

Активное слушание. В ответ на вопрос врача больной начинает излагать свои жалобы, рассказывает о неприятных болевых ощущениях, о характере и времени возникновения боли, о разнообразных переживаниях дискомфорта, связанных для него с его болезненным состоянием. Часто, рассказывая о симптомах заболевания, пациент использует элементы интерпретации, обычно очень субъективные, в которых раскрывается эмоциональная значимость для него симптомов. Прежде чем перебить больного и начать проводить опрос по традиционной схеме, задавая уточняющие вопросы, врачу следует вначале просто послушать то, что пытается передать ему собеседник. Бывает, что, принимая большое количество пациентов каждый день, врач, еще не слыша своего очередного больного, уже заранее предполагает, что именно тот хочет ему сказать. Поэтому так важно, не перебивая некоторое время больного, просто послушать его и постараться услышать в этом свободном речевом потоке то, что хочет сказать пациент. При этом актуализируется такой профессиональный навык врача, как активное слушание, т. е. активное восприятие и осознание, с одновременным структурированием речевого сообщения и выделением в нем отдельных смысловых единиц, всей полноты поступающей информации, а не выборочная фиксация фактов, которые настроен услышать врач. Слушая пациента, следует некоторое время не перебивать его, не задавать вопросов и не делать замечаний, которые могут помешать больному излагать свои

жалобы, не подсказывать дополнительные детали, внушающие неосознаваемые установки и ожидания врача, способные изменить всю картину в целом. Слушая таким образом больного, врач получает первое представление о нем.

Катарсис. Свободно излагая жалобы такому внимательному и профессиональному слушателю, как врач, больной уже испытывает некоторое облегчение просто от того, что его внимательно, доброжелательно, не прерывая, выслушали. В фазе ориентации врач, предоставляя пациенту возможность свободно высказываться, может в определенной степени обеспечить реализацию такого терапевтического механизма, как катарсис. Понятие катарсиса ввел еще Аристотель, который утверждал, что через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа. Как синоним в русском языке употребляется термин «отреагирование». За отреагированием, как правило, следуют уменьшение эмоционального напряжения и чувство облегчения. Катарсис в психоанализе, рассматриваемый в качестве одного из центральных терапевтических механизмов, определяется как освобождение от негативного эмоционального опыта (негативных эмоциональных переживаний) путем отреагирования этого опыта (этих переживаний). Частичное отреагирование в беседе с врачом отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с болью, страданием, физическим дискомфортом, снижает у пациента уровень напряжения и тревоги. Активное слушание жалоб больного в фазе ориентации — элемент психотерапевтического воздействия, знакомый каждому врачу.

Коррективный эмоциональный опыт. Второй психотерапевтический элемент, содержащийся в фазе ориентации, — это приобретаемый больным коррективный эмоциональный опыт. Для каждого человека привычно реагировать на тревогу собеседника собственной тревогой, на печаль — своей собственной печалью, на агрессию — агрессией и т. д. Реагируя таким образом, мы неосознанно фиксируем негативное состояние партнера по общению, его страх, печаль, усиливаем и подкрепляем его. В то же время, не реагируя соответствующими состоянию собеседника эмоциями, не подкрепляя, не фиксируя это состояние, мы наблюдаем, что оно само по себе начинает изменяться. Встречая доброжелательную, принимающую позицию врача, который не осуждает, не оценивает, но и не подкрепляет, не усиливает эмоциональных реакций больного, пациент приобретает новый эмоциональный опыт, позволяющий ему изменить эмоционально-негативное состояние, снизить уровень напряжения, почувствовать себя психологически более комфортно. Коррективный опыт связан с тем, что больной, не встречая осуждения или оценки со стороны врача, перестает бояться собственных эмоций, связанных с теми или иными болезненными ощущениями, и начинает свободнее их выражать. Часто нивелирование, выравнивание интенсивных эмоциональных реакций приводит к уменьшению интенсивности субъективного восприятия боли. Пациент становится точнее в описаниях своих симптомов, что помогает врачу получить более полное представление о течении его болезни.

Сколько времени врач должен слушать свободный монолог больного? Некоторые пациенты, если их не прерывать, могут говорить очень долго, все больше и больше погружаясь в детали своего страдания. Исследования, проведенные американскими психологами, показали, что врач общей практики, задав вопрос «На что вы жалуетесь?», слушает ответ на него около 16 с, затем он прерывает боль-

ного и задает ему вопросы, проверяя возникшее у него предположение. К такому врачу, как показывает практика, больные возвращаются редко, даже если с соматической стороны все необходимое было сделано. Пациенты, переживая свое болезненное состояние как нечто уникальное, ожидают от врача большего внимания, которое измеряется, в частности, и тем временем, которое им было уделено. Если они психологически не удовлетворены из-за того, что врач их не выслушал, то приходят к выводу, что он не может поставить правильный диагноз и назначить эффективную терапию. Опыт показывает, что 2–3 мин бывает достаточно, чтобы, с одной стороны, получить за это время представление о больном и, с другой — проявить внимание к его переживаниям и проблемам и готовность к его лечению. Таким образом, вторая фаза установления профессиональных отношений «врач—больной» также достаточно короткая — 2–3 мин. Но уже на этом этапе общения, когда врач слушает, а пациент свободно излагает свои жалобы, могут формироваться и оказывать свое воздействие на больного специфические психологические феномены, оказывающие и психотерапевтический эффект. Помимо механизмов катарсиса и корректиного эмоционального опыта к ним относятся проекции и контрпроекции.

Проекции и контрпроекции в отношениях «врач—больной». Как общий механизм восприятия и интерпретации поведения и намерений других людей проекция означает приписывание им своих собственных психологических черт, перенос вовне, на окружающих, своих проблем. Например, тревожный человек большую часть жизненных ситуаций, даже нейтральных по своему смысловому содержанию, воспринимает как угрожающие, и не потому, что эта угроза реально существует, а из-за тревоги, в соответствии с которой он интерпретирует все происходящее. Многие события в жизни нейтральны или многозначны, но мы приписываем им то значение, которое они приобретают в нашем субъективном мире, отражая индивидуальную психологическую проблематику. Как сказал по этому поводу Перлз, «мы все живем в доме, где стенами являются зеркала, и думаем, что смотрим наружу».

Во взаимоотношениях «врач—больной» пациент склонен приписывать врачу те черты, которые должны помочь справиться с болезнью. Рассматривая личность врача как значимую фигуру, обладающую определенными магическими способностями, пациент может его идеализировать, ожидая быстрого и эффективного излечения от всех недугов, надеясь подчас не только на избавление от соматической болезни, но и, часто бессознательно, на разрешение своих психологических проблем. Практически всегда больной неосознанно ждет от врача чего-то большего, чем соматическое выздоровление. Это ожидание помощи не только в избавлении от болезни, но и в удовлетворении потребностей и надежд, неудовлетворенных ранее (потребностей в нежности, сочувствии, принятии), приводит к формированию *переноса* (трансфера). Больной переносит на врача свой прошлый опыт отношений со значимыми людьми, ожидания и надежды, которые существовали в этих отношениях. Так, больной может относиться к своему лечащему врачу-женщине так же, как в детстве он относился к матери, у которой искал помощи и поддержки в неожиданных и трудных ситуациях, он может испытывать те же чувства доверия, преданности, восхищения и любви.

В том случае, когда пациент переносит на врача положительные чувства, связанные с позитивным опытом взаимоотношений в прошлом, говорят о *положительном переносе*. Если же больной переносит на врача негативные чувства, связанные с прошлым отрицательным опытом построения отношений, — чувства раздражения, недоверия, враждебности, то говорят об *отрицательном переносе*. Например, это может быть связано с воспитанием в неблагополучной семье, в семье лиц, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих наркотики, когда родители мало внимания уделяют ребенку. В такой семье с первых лет жизни ребенок чувствует себя беззащитным и заброшенным, а окружающий мир представляется враждебным и пугающим. Защищаясь, ребенок может вступить в агрессивную конфронтацию не только с окружающими его людьми, но и с собственными родителями, которые также несут в себе потенциальную угрозу. Если, не находя защиты у родителей, ребенок продолжает искать у них сочувствия и помощи, то в подобной ситуации могут складываться амбивалентные отношения с матерью и отцом: ребенок будет испытывать к ним одновременно нежность и страх, ненависть и любовь. Впоследствии, уже во взрослой жизни, эта амбивалентность может проявиться в структуре значимых отношений с другими людьми.

Во взаимоотношениях с врачом пациент может спроецировать на него *амбивалентный* эмоциональный опыт, переживая по отношению к нему чувства настороженности и нежности, доверия и враждебности. Переносные реакции больного — позитивные, негативные, амбивалентные — усложняют коммуникацию с ним, влияют на эффективность взаимодействия.

Контрпроекции. Не только больной ассоциирует с образом врача прошлый опыт эмоциональных отношений с другими людьми, но и врач бессознательно переносит на больного свои ожидания, установки, связанные с прошлым общением. Невольно опираясь на этот опыт, врач строит отношения с больным соответствующим образом, ожидает от пациента определенного поведения, эмоциональных реакций. Феномен переноса врачом на больного опыта прошлых эмоциональных отношений с соответствующими ожиданиями, установками в отношении поведения больного называется *контрпереносом* (антитрансфером). Как и перенос, контрперенос может быть *положительным* или *отрицательным* в зависимости от того, какие эмоции, негативные или позитивные, какие установки и ожидания врач переносит на своего пациента. Отношения, складывающиеся между врачом и больным, — это обычно смесь реальных впечатлений и реакций друг на друга, с одной стороны, и, с другой — разнообразных взаимных реакций переноса, воспоминаний, ассоциаций.

Условно можно ожидать различных сочетаний переносных и контрпереносных реакций. Например, положительный перенос больным на врача чувств, своих установок и ожиданий может сочетаться с контрпереносом врача на больного положительного эмоционального опыта. В этом случае врач и больной с самого начала расположены друг к другу, испытывают взаимную симпатию и доверие. Такая ситуация обеспечивает хороший психологический контакт, взаимопонимание, эффективное сотрудничество, и в то же время возникает вероятность формирования более близких, эмоциональных, неформальных взаимоотношений: отношений дружбы, зависимости, любви, что может приводить к нарушени-

ям профессиональной этики со стороны врача. Возможно сочетание отрицательных переноса и контрпереноса. В отношениях «врач—больной» устанавливается взаимная антипатия, непонимание, враждебность, следствием чего явится невозможность построить доверительные взаимоотношения на основе сотрудничества. Феномен, который в межличностных взаимоотношениях обозначается термином «психологическая несовместимость», чаще всего имеет в своей основе взаимные отрицательные переносы и контрпереносы. В каждой ситуации знакомства с новым человекам, при обнаружении в отношении него определенных чувств и ожиданий полезно подумать, откуда эти чувства и ожидания возникли, с какой ситуацией из прошлого они связаны. Понимание и устранение переносных реакций позволяет строить отношения с реальным человеком, а не с собственным травматичным (или, напротив, благополучным) опытом прошлого. По окончании фазы ориентации врач получает первичное представление о больном, после чего общение «врач–больной» переходит в третью фазу — фазу аргументации.

Фаза аргументации. Основное содержание фазы — получение дополнительной информации, которое может быть вербальным (расспрос больного, разнообразные уточняющие вопросы, которые появляются по ходу беседы, по мере изложения пациентом своих жалоб) и невербальным (осмотр больного). Впечатление, полученное при первом контакте, остается у врача в процессе последующего общения, в определенном смысле определяя тот угол зрения, под которым он оценивает выявляемые признаки заболевания. Фаза аргументации — наиболее активная фаза общения. Длительность ее может быть различной в зависимости от состояния больного, от его индивидуально-психологических характеристик, нозологической принадлежности болезни.

Сбор информации обычно начинается с вербального общения, с расспроса пациента. В процессе вербальной коммуникации врач постепенно сокращает физическую дистанцию: в какой-то момент беседы он наклоняется ближе к больному или касается его руки, избегая резких движений и грубых прикосновений. Давая пациенту возможность привыкнуть к сокращению межличностного расстояния, врач таким образом готовит его к физическому контакту (пальпация, перкуссия, аускультация). Необходимо помнить, что в большинстве случаев больные эмоционально реагируют на первый физический контакт с врачом. Известно, что когда врач первый раз измеряет артериальное давление своему пациенту, то оно всегда выше, чем при последующих встречах. Повышение артериального давления отражает психологическую реакцию больного на прикосновение, на первый физический контакт.

Осмотр больного, связанный с физическим контактом, осуществляется легче, если он естественно включен в процесс вербальной коммуникации. После осмотра врач задает в заключение еще несколько вопросов, демонстрируя таким образом больному, что он не только исследует соматические функции, но также придает большое значение и психологической, субъективной стороне патологического процесса, учитывая личностные особенности своего пациента. Такой подход придает профессиональному общению «врач—больной» индивидуальные черты, формируя доверительность во взаимоотношениях между ними. В процессе расспроса и осмотра пациента врач, мысленно перебирая все возможные гипотезы, которые

были сформулированы в фазе ориентации, отбрасывает ложные, останавливаясь на двух-трех наиболее вероятных в свете новой полученной информации гипотезах. Таким образом возникает предварительный диагноз. Получение информации о больном предполагает умение врача формулировать вопросы. Вопросы делят на закрытые и открытые. Закрытые вопросы используют для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в двух словах, подтверждение или отрицание. Например: «Сколько вам лет?», «Можете ли вы прийти в это же время в понедельник?» и т. д. Открытые вопросы дают возможность углубленного, развернутого ответа, могут включать не только описание, но и оценку симптома, его субъективное значение для пациента, дополнительные подробности и детали: «Расскажите подробнее о боли», «В чем проявляются затруднения вашего дыхания?» Для того чтобы предварительный диагноз, полученный при расспросе и осмотре пациента в фазе аргументации, стал окончательным, обычно необходимо проведение дополнительных лабораторных исследований. Задача врача — не только выписать соответствующие направления, но и мотивировать больного к прохождению всех необходимых диагностических процедур. Для этого, во-первых, нужно убедить больного в том, что результаты исследований необходимы для правильной постановки диагноза, назначения соответствующей терапии, быстрого улучшения самочувствия, эффективного излечения. Во-вторых, если диагностическая процедура неприятна и болезненна (фиброгастроскопия, бронхоскопия), следует в общих чертах рассказать больному, в чем заключается исследование, предупредить о возможных неприятных ощущениях, с которыми тем не менее возможно и необходимо справиться.

Фаза корректировки. Встреча с больным должна иметь завершение не только в профессиональном плане, но и в психологическом. Важно, какими словами врач заканчивает беседу. Известный в психологии «эффект края» говорит о том, что лучше всего запоминаются начало и конец встречи. В памяти больного должны сохраниться самые первые и последние слова врача, внушающие надежду. Последняя фаза общения «врач—больной», завершающая встречу, несет в себе лишь психологическую нагрузку. Задача этой фазы — оказать больному эмоциональную поддержку, внушить надежду на быстрый и благополучный исход событий. В фазе корректировки, как и в контактной фазе, невербальное поведение врача — его поза, жесты, взгляд, мимические реакции, интонации голоса — имеют большое значение. Важно содержание заключительной фразы, например, «Сделаем все возможное, чтобы вам помочь» или «Теперь нас с вами трое: вы, я и ваша болезнь. Если вы будете на моей стороне, то мы ее победим». У каждого врача со временем вырабатывается своя собственная заключительная фраза, привычно завершающая встречи с больным. Она является частью профессионального «имиджа», произносится спокойным и уверенным голосом, сопровождается доброжелательным взглядом, жестом, провожающим и одновременно приглашающим пациента на следующую встречу.

Сообщение диагноза и прогноза больному. Чего же ждет больной от врача? Больной не знает, что с ним случилось, и поэтому хочет услышать название болезни, диагноз: ничто так не питает страх, как неопределенность. Пациент также хочет знать, что ему самому надо сделать, чтобы выздороветь; какими должны быть ди-

ета и режим, какие лекарства и процедуры принимать, сколько времени продлится лечение, есть ли перспективы на выздоровления и полное восстановление трудоспособности. Ему необходимы ободрение и эмоциональная поддержка: он хочет услышать, что болезнь его не так уж страшна, как кажется, и что ему можно помочь. Сообщая диагноз, лучше говорить понятным и простым языком, не употребляя терминов, которые имеют устрашающий оттенок. Известный английский хирург Кэлнан писал: «Любой ценой избегайте устрашающих диагнозов. Да, конечно, больной может заявить, что он хочет знать всю правду, но смягчить правду милосердием — вот достойная практика. Когда речь идет о том, чтобы сообщить больному его диагноз, такт и человечность должны стоять на первом месте. Лучше сказать о сердечном приступе, чем о тромбозе коронарных артерий; новообразование лучше, чем рак; повышенное давление лучше, чем гипертония, и головные боли на нервной почве лучше, чем невроз тревоги. Эти слова не только более щадящие, но и понятны». Проблема сообщения диагноза особенно остро встает при тяжелых, неизлечимых заболеваниях (рак, СПИД). Одна категория больных, догадываясь о тяжести своего состояния, предпочитает делать вид, что ничего страшного не происходит, продолжает принимать лекарства, выполнять назначения врача, вести с ним беседы о возможных сроках выписки. Создается впечатление, что такие пациенты сами начинают в это верить. Часть больных пытаются убедить врача, что им необходимо знать правду, пусть самую страшную и безнадежную, они сумеют пережить это известие, чтобы достойно, в отведенные для них сроки, закончить начатые дела, попрощаться с друзьями и родными, психологически подготовить себя к финалу, подведя итоги прожитой жизни. Такая позиция психологически кажется вполне понятной и даже убедительной. Однако в каждом конкретном случае врач задает себе вопрос: «А действительно ли этот пациент хочет знать правду? Может быть, за подобным желанием скрывается тайная надежда, что врач пощадит его чувства, успокоит и обнадежит?» Возможно, на самом деле больной таким образом требует: «Обещайте мне, что я не умру». В отношении тяжелых, умирающих больных, как правило, врач занимает щадящую позицию и, даже сообщая о неизлечимой болезни, делает это так, чтобы сохранить у пациента надежду, рассказывая о возможности длительной ремиссии или о недавно предложенном новом лекарственном средстве, оказывающем терапевтическое действие, способное замедлить течение болезни и даже привести к полному излечению. Поступая таким образом, врач не обманывает своего пациента, так как действительно с полной уверенностью не может прогнозировать течение и исход заболевания В то же время вера больного и его желание выжить действительно могут активизировать защитные силы организма, отдалить исход, или по крайней мере придать смысл последним дням его жизни. Общение с умирающим больным, практически лишенное смысла с профессиональной точки зрения, не должно прерываться, выполняя функцию психологической поддержки больного. Иногда медицинские работники, зная, что пациент обречен, начинают избегать его, перестают расспрашивать о его состоянии, следить за тем, чтобы он принимал лекарства, выполнял гигиенические процедуры. Умирающий человек оказывается в одиночестве. Общаясь с умирающим больным, важно, не нарушая привычного ритуала, продолжать выполнение назначений, спрашивать больного

о самочувствии, отмечая каждые, пусть самые незначительные, признаки улучшения состояния, выслушивать жалобы пациента, стараться облегчить его уход, не оставляя один на один со смертью.

Психология терапевтического процесса

Болезнь как самостоятельная психотравма. Заболевание, особенно тяжелое, связанное с угрозой инвалидизации, становится самостоятельной психической травмой. Под психической травмой понимают жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Болезнь может стать препятствием для реализации жизненных планов, ограничивая сферу деятельности, круг интересов, изменяя характер и содержание общения, влияя на направленность и ценностные ориентации личности. На начальных стадиях заболевший человек, как правило, находится в растерянности, не понимая, что с ним происходит, насколько происходящее серьезно и к каким последствиям может привести. Он напуган, не может планировать события своей жизни, теряет чувство контроля над ситуацией. По мере установления диагноза и лечения первоначальный страх пациента сменяется беспокойным ожиданием изменений. Если быстрого улучшения состояния не происходит, он начинает сомневаться в правильности диагноза и адекватности терапии. Может пошатнуться его доверие к врачу, от которого больной требует объяснений и точного прогноза на будущее. Чаще такого прогноза врач дать не может, и пациент продолжает находиться в состоянии неопределенности и ожидания, испытывая беспокойство и тревогу. Последняя усиливается, если больной улавливает любые, самые незначительные негативные изменения в своем самочувствии; изменения, связанные с побочным действием лекарств, со сменой погоды (при наличии метеочувствительности), с естественными физиологическими процессами в организме (например, менструальные циклы у женщин).

Колебания самочувствия, особенно в самом начале терапии, часто приводят к сомнениям больного, неуверенности в возможности излечения, в компетентности лечащего врача. Пациент оказывается в ситуации, которая считается одной из самых трудных, — в ситуации неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Естественной, наиболее частой эмоциональной реакцией является тревога. В такие периоды для больного особенно важна твердая позиция врача, простые, логически ясные объяснения, его уверенность и оптимизм. Пациент ищет во враче «психологическую опору» и успокаивается, если видит с его стороны неизменную заинтересованность, внимательность, эмпатическую позицию. В случае, когда болезнь приобретает хроническое течение, периоды неуверенности и беспокойства появляются все чаще, накладывая своеобразный психологический отпечаток на эмоциональные реакции и поведение больного. Хроническое соматическое заболевание может рассматриваться в качестве самостоятельной психической травмы, приводящей к эмоциональным нарушениям и формированию наслаивающихся на основное заболевание невротических симптомов.

Психологическое воздействие госпитализации. Влияние госпитализации, когда пациент попадает в принципиально новую для него социальную ситуацию, может быть различным. Наступает резкая перемена образа жизни: больной изолирован от работы, от семьи, лишен привычного круга общения, друзей, развлечений, привычной обстановки; у него нет уверенности в отношении характера, прогноза и исхода заболевания, его последствий для дальнейшей жизни, трудоспособности, супружеских и семейных взаимоотношений. В условиях стационара наблюдается самый широкий диапазон адаптивных психологических реакций пациентов в зависимости от пола, возраста, особенностей темперамента, свойств личности, социального положения, профессии, нозологической принадлежности, тяжести состояния, проводимой терапии. Можно выделить несколько основных этапов психологической адаптации больных.

В первые дни пациенты обычно чувствуют себя неуверенно; они могут быть смущены и растеряны, проявлять реакции беспокойства и тревоги. Конечный и Боухал называют этот период «активной адаптацией»: больные начинают осваивать режим и распорядок дня в отделении, активно ищут дополнительную информацию, указания, инструкции, обращаются к персоналу, проявляя поведение зависимости и потребность в эмоциональной поддержке. По данным чешских авторов, около 75% всех госпитализированных адаптируются в течение 5 дней. Быстрее адаптируются больные, госпитализированные повторно. Они привыкают к новым условиям уже в течение первого дня, проведенного в отделении. Первичная ориентация в ситуации сменяется постепенным «вхождением» в роль больного: пациент привыкает соблюдать режим, проходить обследования, консультации специалистов, подвергаться осмотру, разнообразным манипуляциям. Меняются ритм и содержание его повседневной жизни: больной терпеливо ждет своей очереди возле кабинетов в ожидании диагностических или терапевтических процедур; легко включается в разговоры других пациентов, обсуждающих темы, касающиеся болезней; привыкает к тому, что в определенное время ему измеряют температуру, артериальное давление, дают лекарства. Темы бесед с посетителями сосредотачиваются вокруг обследований, результатов анализов, перспектив лечения. Меняется круг общения. Больные знакомятся друг с другом, рассказывают не только о своем самочувствии и общем течении болезни, но и о своих жизненных трудностях, психологических проблемах. Формируются микросоциальные группы пациентов, объединенных возрастом, социальным статусом, профессией, пребыванием в одной палате. Чаще всего сближаются больные с близкими интересами, взглядами, привычками, со сходными болезнями и приблизительно одного возраста.

Появляются индивидуальные внутригрупповые нормы, связанные с отношением к больничному режиму, к персоналу, друг к другу. Больные, например, привыкают в определенное время смотреть вместе телевизор, отдыхать. Новый пациент, попадая в такую сложившуюся микрогруппу, перенимает ее образ жизни, привычки, ритуалы. Вследствие длительной госпитализации под воздействием доминирующей роли «больного» могут нивелироваться индивидуальные различия; пациенты приобретают неуловимые черты сходства в походке, позах, интонациях голоса. В то же время в поведении больных проявляются их индивидуальные осо-

бенности. Наиболее активные пациенты чаще вступают в контакт с персоналом, помогают ему следить за выполнением режима, врачебных назначений. Больные так называемого материнского типа проявляют заботу о беспомощных и растерянных пациентах, которые или действительно нуждаются в большей помощи и участии, или добиваются ее, намеренно создавая впечатление слабости, например для того, чтобы вызвать сочувствие холодно относящихся к ним родственников. Пассивные, флегматичные лица привыкают дольше к новым условиям жизни, держатся обособленно, по собственной инициативе в контакт вступают редко, методично выполняя назначения и подчиняясь терапевтическим процедурам. Прочно войдя в роль «больного», пациент испытывает большие или меньшие психологические трудности на этапе завершения лечения. Часть больных, опасаясь после выписки из стационара остаться без привычной медицинской помощи, стремятся отсрочить день выписки, продлить состояние психологической защищенности, которое они обрели в больнице, ссылаясь на необходимость повторных анализов и не вполне «нормальное» самочувствие. Такие пациенты иногда становятся проблемой для врача, который испытывает по отношению к ним амбивалентные чувства: привыкнув к пациенту, врачу бывает трудно лишить его своей опеки, но в то же время он понимает, что больной просто испытывает страх перед самостоятельной жизнью вне стационара.

Больной и лекарства. Современная медицина располагает большим арсеналом разнообразных лекарственных средств, который увеличивается с каждым годом. Это позитивное явление имеет свою негативную сторону: среди врачей появляется тенденция назначать больному различные лекарства, в то время как можно было бы обойтись двумя-тремя средствами. Большое количество лекарств, назначенных врачом, может испугать больного. Часто он не принимает лекарства совсем или принимает избирательно по собственному выбору, те, которые считает нужными. Такое поведение объясняется страхом пациентов, полагающих, что слишком большое количество медикаментов вредно для организма, либо они думают, что страдают тяжелой, неизлечимой болезнью. Проведенные исследования показывают, что около 20% всех медикаментов остаются неиспользованными, так как пациент не принимает назначенное лекарство или применяет его неправильно (изменяет дозы, частоту приема). Некоторые больные, не доверяя фармакотерапии, принимают лекарства только в самом крайнем случае. В среднем 20–30% пациентов не выполняют краткосрочные медицинские рекомендации и до 50% не делают этого при долгосрочном лечении. Больные забывают около 50% информации, полученной от врача общего профиля, в 60% случаев неправильно воспринимают врачебные рекомендации. Подобные проблемы возникают обычно в том случае, если в процессе профессионального общения «врач—больной» не был достигнут так называемый комплайенс. Термин «комплайенс», заимствованный из англоязычной литературы, означает «согласие», т. е. взаимопонимание и согласие с медицинским режимом и с назначенным лечением, сформированные в процессе взаимодействия врача и пациента. Важнейшим фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного о целях проводимой терапии, о правилах приема лекарств, возможных побочных действиях медикаментов. Лечебные предписания должны быть максимально простыми,

особенно в том случае, если они делаются пожилым пациентам. Многим больным полезно давать лечебные рекомендации в письменном виде, чтобы они могли спокойно изучить их в домашней обстановке. Чем разнообразнее методы лечения и лекарства, рекомендуемые врачом, тем ниже уровень согласия с лечением. Харди называет «таблетоцентризмом» подход, при котором лекарства назначаются механически, на основе жестких алгоритмов и схем, отражающих зависимость между отдельными заболеваниями и лекарственными средствами, которые при этих болезнях обычно следует назначать. При этом не учитывается важнейший фактор — характер взаимоотношений между пациентом и лечащим врачом. Лекарство, выписанное одним врачом, может не оказывать воздействия, в то время как тот же самый препарат, выписанный другим, с которым у пациента сложились доверительные профессиональные отношения, основанные на сотрудничестве, оказывается эффективным.

Формирование зависимости. Другой важный психологический аспект медикаментозной терапии — это проблема зависимости от лекарственного препарата. Всемирная организация здравоохранения установила ряд критериев, позволяющих отличить токсикоманию (F13, F15, F16, F18) от привыкания к лекарству. Для токсикомании характерны следующие критерии, отсутствующие при наличии зависимости: мучительная потребность в средстве, которое больной стремится добыть любым путем; необходимость постепенного повышения дозы; физическая и психическая зависимость от средства; вредные воздействия, оказываемые токсикоманией на личность и на ее взаимоотношения с социальной средой, и др. Привыкание к лекарству отличается следующими особенностями: необходимость постоянного приема лекарства для улучшения самочувствия; повышение дозы при этом возможно, но не обязательно; психическая зависимость формируется, в то время как физической зависимости нет; вредные воздействия на личность и характер ее взаимоотношений с окружающими возможны, но касаются преимущественно самого индивида и менее выражены. О физической зависимости можно говорить, когда без таблеток больные вообще не могут существовать: при отсутствии соответствующих лекарств у них появляются разнообразные сомато-вегетативные и психические симптомы, которые устраняются лишь путем приема данных препаратов. Часто встречается психологическая зависимость от психотропных средств, прежде всего от транквилизаторов и снотворных. Наблюдаются случаи психологической зависимости от анальгетиков, особенно при хронических болевых синдромах. В самом широком смысле явления зависимости от лекарств встречаются при лечении многих заболеваний (особенно тех, которые отличаются хроническим и прогрессирующим течением), а также практически во всех случаях заместительной терапии. Характерной чертой такого рода зависимости является обострение или ухудшение течения заболевания при отмене лекарственных средств, используемых для его лечения, например обострение коллагеноза (M30–M36) при отмене кортикостероидов и противовоспалительных средств, учащение приступов эпилепсии (G40) и развитие эпилептического статуса (G41) при отмене противоэпилептических средств. В такого рода случаях зависимость больного от лекарств определяется прежде всего эффективностью препаратов при лечении

различных форм патологии и не является следствием немедицинского использования в целях специфического воздействия на психику.

Эффект плацебо. Феномен плацебо, связанный с медикаментозным лечением, известен давно. В 30-е гг. прошлого столетия для контроля действия лекарств больным стали давать фармакологически нейтральные, индифферентные «лекарственные формы» (таблетки, драже, капли, инъекционные препараты), имитирующие лекарства. Они получили название «плацебо» — от латинского выражения «буду нравиться». В результате приема плацебо у больных часто наблюдали изменения состояния, которые стали обозначаться как плацебо-эффект. Шапиро определяет плацебо следующим образом: «Плацебо — это в первую очередь психологическое, физиологическое или психофизиологическое действие медикаментов или лечения, которое не состоит ни в какой или только в минимальной связи с фармакологическим действием лекарств или лечебных мероприятий». На практике результат действия плацебо может проявиться в том, что одно и то же лекарство, назначенное разными врачами, может давать различный эффект, что лекарство может благоприятно действовать и на такие болезни, которые не являются прямым показанием для его назначения. Действие одного и того же лекарства может проявляться по-разному на различных этапах терапии. Опыт показывает, что инъекции бывают более эффективными, чем перорально применяемые препараты; лекарства в яркой упаковке, цветные действуют лучше, чем бесцветные; препараты с выраженным вкусом — лучше, чем безвкусные. Конечный и Боухал приводят данные о том, что эффект плацебо отмечается у 35% больных. По мнению авторов, анальгетические препараты можно заменить применением плацебо у 30–50% пациентов, при головных болях (G44) — у 60, при астме (F54) — у 40% можно облегчить течение приступа. Урванцев приводит цифры, характеризующие средний процент положительных реакций на плацебо при некоторых заболеваниях: неврозах (F40–F48) — 34%, алкоголизме (F10) — 22, стенокардии (I20) — 18, дисменорее (N94.6) — 24, гипертонии (I10) — 17%, рассеянном склерозе (G35) — 24%.

«*Токсическое плацебо*», т. е. неприятные побочные действия плацебо, чаще всего наблюдаются психиатрами у больных неврозами. Подробно эффекты «токсического плацебо» впервые были описаны Вольфом: рвота, понос, аллергические реакции. Другие авторы указывают на такие симптомы, как сухость слизистых оболочек, сердцебиения, отеки, крапивницы, развивающиеся после приема плацебо. Эти реакции, которые часто не вполне корректно называются «фармакофобией», до известной степени связаны с отношением к лекарствам. Фобия означает навязчивый страх, с которым больной безуспешно борется, отдавая себе отчет в том, что этот страх является бессмысленным и напрасным. Фармакофобия — это патологическое опасение, страх, в основе которого лежит представление о том, что лекарство — яд, который отравляет человека.

Психологическое воздействие выписки. По мере улучшения состояния больного его готовят к выписке: сокращается количество лекарственных средств, завершаются курсы физиотерапии, лечебной физкультуры или массажа, режим пребывания в стационаре становится более свободным, больному разрешаются домашние отпуска. Проводится завершающее диагностическое обследование и, получив результаты исследований, врач назначает дату выписки. Оказавшись перед необхо-

димостью изменения образа жизни, больной испытывает сложные, неоднозначные чувства. С одной стороны, он рад вернуться домой, в привычную домашнюю обстановку, заняться работой. С другой — пребывание в больнице, где он чувствовал себя в полной безопасности, защищенным; где он был объектом внимания и заботы, делает его менее уверенным в себе и самостоятельным, приучив подчиняться установленному режиму, ориентироваться на мнение врачей. Предстоящая смена ролей (из роли «больного» — в роль «отца семейства», «мужа», «руководителя») вызывает определенное беспокойство. В ряде случаев больные всеми силами стараются отодвинуть выписку под различными предлогами, ссылаясь на сохранившуюся астению, колебания кровяного давления, демонстрируя поведение аггравации (сознательное преувеличение симптомов заболевания). Поведение аггравации наиболее часто встречается среди одиноких пожилых людей, которые боятся оказаться без помощи и поддержки и всеми силами стремятся удержать на себе внимание медицинского персонала, ссылаясь на различные дискомфортные ощущения и не вполне положительные, по их мнению, результаты анализов. В связи с наличием подобных психологических реакций у пациентов перед предстоящей выпиской из стационара наблюдается синдром госпитализма.

Синдром госпитализма определяется как совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием индивида в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома. Этот феномен впервые был описан у младенцев и детей, долго находившихся в больнице, у которых он был обусловлен преимущественно разлукой с матерью. Наиболее часто влияния, ведущие к госпитализму, объединяют под названием психической депривации. Лангмайер и Матейчек дают следующее определение: это «состояние, развивающееся вследствие такой жизненной ситуации, когда субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его витальных психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». Психическая депривация может проявляться в сенсорной области — бедностью впечатлений из-за недостатка разнообразных ощущений; в эмоциональной области — при недостаточности тепла, любви, заботы, эмоциональной поддержки, а также в интеллектуальной сфере — в связи с уменьшением стимулов, способствующих упражнению и развитию умственных способностей.

К симптомам госпитализма у детей относятся: замедление психического и физического развития, отставание в овладении собственным телом и речью, пониженный уровень адаптации к окружению, ослабленная сопротивляемость к инфекциям. Последствия госпитализма у младенцев и детей являются долговременными и зачастую могут быть необратимыми, приводя к смерти в тяжелых случаях. Госпитализм взрослых людей характеризуется социальной дезадаптацией, утратой интереса к труду и трудовых навыков, уменьшением и ухудшением контактов с окружающими, тенденцией к затяжному течению заболевания. Если пожилой или хронически больной человек в течение длительного времени находится в больнице, его жизнь там и само заболевание становятся «стилем жизни», он отвыкает от жизни дома и прикладывает значительные усилия, чтобы вновь вернуться в больницу. Среди более молодых пациентов выраженную тенденцию к госпитализму обнаруживают больные неврозами, лица с психопатией, в особенно-

сти больные психозами, которых больница защищает от жизненных потрясений и проблем.

Психологическая адаптация больного к заболеванию. Если заболевание приобретает хроническое течение, то образ жизни пациента, связанный с исполнением им роли «больного», во многом сохраняется: ограничения в диете, в физических и эмоциональных нагрузках, в режиме труда и отдыха, поддерживающая терапия. Насколько строго и пунктуально пациент будет придерживаться рекомендаций врача, во многом зависит от субъективной оценки им своего состояния, от того, что он сам думает о своей болезни, как оценивает перспективы выздоровления и свою роль в этом процессе. Субъективная сторона заболевания разными авторами обозначается различным образом: Годьдшейдер использует термин «аутопластическая картина заболевания», Мясищев и Скворцов — «отношение к болезни», Краснушкин и Рохлин — «сознание болезни», Либих применяет понятие «концепция болезни», Лакосина и Ушаков — «реакция на заболевание». Наиболее распространенным и общепринятым термином, обозначающим субъективную сторону отражения в сознании больного патологического процесса, является термин «внутренняя картина болезни», предложенный Лурия в монографии «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания».

Внутренняя картина болезни. Внутренней картиной болезни Лурия называет «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». В современной литературе чаще используют более простое определение: внутренняя картина болезни — это вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с заболеванием. В структуре внутренней картины болезни Лурия выделяет четыре компонента: сенситивный, отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный; рациональный и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни.

Петровский и Ярошевский определяют внутреннюю картину болезни как «возникающий у больного целостный образ своего заболевания». С психологической точки зрения формирование этого целостного образа осуществляется в несколько этапов. При возникновении дисгармонии, нарушении согласованной деятельности различных органов и систем, появлении признаков морфофункциональных расстройств развиваются субъективные состояния с ощущениями необычного, неопределенного характера. Эти ощущения, будучи предвестниками соматической болезни, обусловливают состояние, обозначаемое как дискомфорт. Нарушения психофизиологического тонуса, изменения настроения в ряде случаев могут быть ранним симптомом отдельных форм соматических заболеваний. Наряду с диффузными (неопределенными) субъективными ощущениями дискомфорта возможен локальный дискомфорт (в области сердца, желудка, кишечника). Дальнейшее развитие заболевания может сопровождаться перерастанием дискомфорта в болевые ощущения.

По современным представлениям, боль — это своеобразное психофизиологическое состояние человека, которое возникает в результате воздействия сверхсильных раздражителей, вызывающих органические или функциональные изменения

в организме. В качестве сигнала неблагополучия боль вызывает разнообразные индивидуальные реакции. Реакция на боль, ее субъективная оценка изменяются в зависимости от внешних условий, индивидуальных особенностей личности, отношения к болевым ощущениям. Ожидание и опасение боли, усталость и бессонница повышают чувствительность к ней. В качестве элементарного переживания боль представляется наиболее близкой к эмоции страха. Болевые ощущения оцениваются больным не только как признак, симптом заболевания, но и как сигнал угрозы для жизни и возможных последствий в виде инвалидизации, изменения профессионального, социального статуса, материального положения. Эмоция страха, возникающая в ответ на болевое воздействие, запускает целый комплекс эмоциональных реакций, связанных с болезнью: чувство надежды, переживание печали, отчаяния, безнадежности, скорби, тоски и т. д. Многочисленные эмоциональные феномены, проявляющиеся на разных этапах формирования болезни, в ходе ее течения, составляют эмоциональный компонент внутренней картины болезни.

Эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации и конструирование логической схемы, концепции, объясняющей пациенту, что с ним происходит. На этапе построения концепции важную информацию больной получает от врача. Помимо медицинских работников пациент начинает советоваться с родственниками и знакомыми, которые переживали что-либо подобное; он читает научно-популярные журналы по медицине; смотрит и слушает научно-популярные передачи. В результате сконструированная больным концепция заболевания (рациональный компонент внутренней картины болезни) может оказаться субъективной и далекой от реальности. Свое представление о болезни пациент воплощает в конкретных действиях, направленных на преодоление болезненного состояния: он идет на прием к врачу, к представителю альтернативной медицины или занимается самолечением (мотивационный, или волевой компонент внутренней картины болезни). Ташлыков рассматривает внутреннюю картину болезни как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. По мнению автора, внутренняя картина болезни создается в защитных целях, для ослабления интенсивности негативных переживаний, связанных с болезнью, компенсации чувства вины, стыда, агрессии. В структуре внутренней картины болезни Ташлыков выделяет познавательный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты.

Механизм психологической защиты. Представление о механизмах психологической защиты сформировалось в рамках психоаналитического направления в психологии. Согласно последователям этого направления, психологическую защиту составляет ряд специфических приемов переработки переживаний, нейтрализующих патогенное влияние, которое эти переживания могут оказывать. Представление о психологической защите было введено Фрейдом и разрабатывалось его дочерью А. Фрейд. В психологической литературе представлено различное понимание этого термина. Зачепицкий определяет психологическую защиту как «пассивно-оборонительные формы реагирования в патогенной жизненной ситуации», Бассин — как «психическую деятельность, направленную на спонтанное

изживание последствий психической травмы». Наиболее часто приводится определение Ташлыкова: защитные механизмы — это «адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний и дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений». Все защитные механизмы обладают двумя общими характеристиками. Во-первых, они, как правило, бессознательны, т. е. действуют преимущественно на неосознаваемом уровне. Во-вторых, они искажают, отрицают или фальсифицируют реальность. Механизмы психологической защиты различаются по степени зрелости. Так, наиболее инфантильными, незрелыми механизмами считают вытеснение и отрицание — они характерны для маленьких детей, а также для самого социально незрелого типа личности — истероидного. Вытеснение является одной из центральных отличительных особенностей личности больного истерическим неврозом (F44), истероидной формой психопатии (F60.4). Подростковому возрасту более свойственны механизмы, занимающие промежуточное положение по степени зрелости: идентификация и изоляция. К наиболее зрелым защитным механизмам относятся сублимация, рационализация, интеллектуализация. Чаще описывают следующие механизмы психологической защиты.

1. *Вытеснение*. Механизм вытеснения был описан еще Фрейдом, который считал его центральным в формировании невротических расстройств (F40–F48). Вытеснение — это механизм психологической защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы (желания, мысли, чувства), вызывающие тревогу, становятся бессознательными. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. При вытеснении содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, а вызванное ею эмоциональное напряжение воспринимается как немотивированная тревога.

2. *Отрицание* — механизм психологической защиты, который заключается в отрицании, неосознавании (отсутствии восприятия) какого-либо психотравмирующего обстоятельства. Как процесс, направленный вовне, «отрицание» часто противопоставляется «вытеснению» как психологической защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. В качестве механизма психологической защиты отрицание реализуется при любых внешних конфликтах и характеризуется выраженным искажением восприятия действительности, когда индивид не воспринимает информацию, противоречащую его основным установкам, представлению о мире и самом себе.

3. *Реактивные образования*. Этот вид психологической защиты нередко отождествляется с гиперкомпенсацией. К реактивным образованиям относится замена Эго — неприемлемых тенденций на прямо противоположные. Например, преувеличенная любовь ребенка к одному из родителей может быть преобразованием социально недопустимого чувства ненависти к нему. Жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоционального безразличия.

4. *Регрессия* — возврат на более раннюю стадию развития или к более примитивным формам поведения, мышления. Например, истерические реакции типа

рвоты, сосания пальцев, детского лепета, излишняя сентиментальность, предпочтение «романтической любви» и игнорирование сексуальных отношений у взрослого человека идут в ход, когда Эго не в состоянии принять реальность такой, какая она есть. Регрессия, как и реактивные образования, характеризует инфантильную и невротическую личность (F60.9).

5. *Изоляция* — отделение аффекта от интеллектуальных функций. Неприятные эмоции блокируются таким образом, что связь между определенным событием и его эмоциональным переживанием в сознании не выступает. По своей феноменологии этот механизм психологической защиты напоминает синдром отчуждения в психиатрии, для которого характерно переживание утраты эмоциональной связи с другими людьми.

6. *Идентификация* — защита от угрожающего объекта путем отождествления себя с ним. Так, маленький мальчик бессознательно старается походить на отца, которого боится, и тем самым заслужить его любовь и уважение. Благодаря механизму идентификации достигается также символическое обладание недостижимым, но желаемым объектом. Идентификация может происходить практически с любым объектом — другим человеком, животным, неодушевленным предметом, идеей и пр.

7. *Проекция*. В основе механизма проекции лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям. Агрессивный человек склонен, оценивая самого себя как личность сенситивную, ранимую и чувствительную, приписывать окружающим агрессивные черты, проецируя на них ответственность за социально неодобряемые агрессивные тенденции. Хорошо известны примеры ханжества, когда индивид постоянно приписывает другим собственные аморальные стремления.

8. *Замещение* (*смещение*). Действие этого защитного механизма проявляется в своеобразной разрядке подавленных эмоций, обычно враждебности и гнева, направленных на более слабых, беззащитных (животных, детей, подчиненных). При этом субъектом могут совершаться неожиданные, в ряде случаев бессмысленные действия, которые разрешают внутреннее напряжение.

9. *Рационализация* — псевдоразумное объяснение человеком своих желаний, поступков, в действительности вызванных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения. Наиболее яркие проявления механизма рационализации получили название «кислый виноград» и «сладкий лимон». Защита по типу «кислого винограда» заключается в обесценивании недостижимого, снижении ценности того, что субъект получить не может. Защита по типу «сладкого лимона» имеет своей целью не столько дискредитацию недосягаемого объекта, сколько преувеличение ценности того, чем человек реально обладает. Механизмы рационализации наиболее часто используются в ситуациях потери, защищая от депрессивных переживаний.

10. *Сублимация* — психологическая защита посредством десексуализации первоначальных импульсов и преобразования их в социально приемлемые формы активности. Агрессивность может сублимироваться в спорте, эротизм — в дружбе, эксгибиционизм (F65.2) — в привычке носить яркую броскую одежду.

Совладающее поведение (*копинг-поведение*). В последние десятилетия в зарубежной психологии широко обсуждается проблема преодоления конфликта в формах его компенсации или совпадающего поведения (копинг-поведения). Понятие «копинг», или преодоление стресса, рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям. Копинг-поведение реализуется посредством применения копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. Оно является результатом взаимодействия блока копинг-стратегий и блока копинг-ресурсов. Копинг-стратегии — это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу как способ управления стрессом. Относительно стабильные личностные и социальные характеристики людей, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий, рассматриваются в качестве копинг-ресурсов.

Одним из самых важных средовых копинг-ресурсов является социальная поддержка в виде информации, приводящей субъекта к утверждению, что его любят, ценят, заботятся о нем и что он является членом социальной сети и имеет с ней взаимные обязательства. Как показывают исследования, лица, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них людей, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания. Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие индивида, облегчает адаптацию и способствует развитию человека. К личностным копинг-ресурсам относят Я-концепцию, локус контроля, восприятие социальной поддержки, низкий нейротизм, эмпатию, аффилиацию и другие психологические характеристики. С когнитивной сферой связаны такие стратегии, как отвлечение и проблемный анализ; с эмоциональной — эмоциональная разрядка, оптимизм, пассивное сотрудничество, сохранение самообладания; с поведенческой — отвлечение, альтруизм, активное избегание, поиск поддержки, конструктивная активность.

Копинг-поведение наряду с механизмами психологической защиты рассматривается в качестве важнейших форм адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Отличие защитных механизмов и механизмов совладания проводится по параметрам «активность—конструктивность» и «пассивность—неконструктивность». Психологическая защита пассивна и неконструктивна, в то время как копинг-механизмы активны и конструктивны. Карвасарский отмечает, что если процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации, и в особенности психологической защиты, направлены на смягчение психического дискомфорта. Наиболее продуктивными копинг-стратегиями больных считаются: сотрудничество (пациента с врачом в лечебно-диагностическом процессе); активный поиск поддержки (в социальной или терапевтической среде); разумная степень игнорирования болезни; проблемный анализ. Использование копинг-стратегий, как и механизмов психологической защиты, различается в зависимости от нозологической принадлежности пациентов. Так, для больных неврастенией (F48.0)

на начальных стадиях заболевания характерно использование таких копинг-механизмов, как уход в деятельность, переключение, активное преодоление болезни (активный образ жизни). Для пациентов с фобическими расстройствами (F40) более типичными копинг-стратегиями являются: проблемный анализ, поиск информации или пассивное сотрудничество. Больные истерическим неврозом (F44) или истероидной формой психопатии (F60.4) используют преимущественно механизмы психологической защиты, в частности вытеснение и отрицание.

Психологические (*поведенческие*) *реакции больных на заболевание*. В зависимости от способа адаптации пациента к заболеванию, от сформированной им внутренней картины болезни, от используемых механизмов психологической защиты, копинг-стратегий в практике врача встречаются самые различные психологические реакции на заболевание, которые реализуются в соответствующих формах поведения.

Диссимуляция. Одна из возможных форм психологического реагирования в ситуации болезни. Отдавая себе отчет в том, что он болен, пациент сознательно скрывает симптомы болезни и прикладывает значительные усилия, чтобы скрыть их: продолжает выполнять в прежнем объеме свои профессиональные, семейные, социальные обязанности. Несмотря на то что по мере развития заболевания скрывать симптомы становится все труднее, пациент упорно продолжает держаться выбранной им линии поведения. Во врачебной практике поведение диссимуляции часто встречается в тех случаях, когда болезнь угрожает потерей трудоспособности, профессионального, социального, материального статуса: например, открытая форма туберкулеза (A15) у лектора или преподавателя; хроническая почечная недостаточность (N18) у моряка загранплавания. Часто в таких случаях больные начинают использовать копинг-стратегию отвлечения или ухода в деятельность. Реакция диссимуляции встречается также у лиц, страдающих «социально непрестижными» болезнями, испытывающих стыд, страх и чувство вины перед окружающими. Диссимуляция характерна для больных венерическими заболеваниями (A50–A64) и особенно СПИДом. К лицам, страдающим СПИДом (B20–B24), окружающие действительно относятся негативно, часто жестоко, обвиняя их в аморальности, распущенности, асоциальном образе жизни. По наблюдениям Александровой, известны случаи, когда соседи таких больных переставали общаться с ними и даже самовольно предпринимали попытки их выселения, поджигая двери, разбивая окна. В таких ситуациях больные реагировали либо усилением чувства вины и стыда, либо обнаруживали агрессивное поведение, что приводило к конфликтным ситуациям. Поведение диссимуляции может наблюдаться при психических заболеваниях, что связано не только со страхом перед осуждением со стороны окружающих, но и с социальными последствиями болезни, накладывающими ограничения на определенные профессии. Реакция диссимуляции встречается у онкологических больных, которые предпочитают переносить боль и дискомфорт, связанный с болезнью, чем подвергаться хирургическому лечению, проходить курсы химиотерапии.

Аггравация — преувеличение симптомов, тяжести состояния, демонстрируемое больным. При аггравации пациенты стараются представить реально существую-

щее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле. Аггравация может наблюдаться у лиц с истероидными чертами характера. Болезнь используется такими пациентами с демонстративно-шантажными целями: для того, чтобы привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, добиться каких-либо выгод, манипулируя чувствами окружающих людей. Поведение аггравации характерно для пожилых пациентов, которые, испытывая страх одиночества, боясь в любой момент оказаться в беспомощном состоянии, стремятся привлечь к себе внимание врачей, медицинского персонала, продлить срок пребывания в стационаре. Аггравация не является полностью бессознательной психологической реакцией: цель и причины такого поведения могут быть осознаны больными.

Анозогнозия — неосознавание болезни, ее симптомов. Больной «скрывает» свое заболевание не только от окружающих людей, но и от самого себя. Как бы ни были очевидны признаки болезни для других людей, он утверждает, что здоров, не нуждается в медицинской помощи, и отказывается обращаться к врачам.

Чаще всего анозогнозия встречается при алкоголизме (F10). Страдающий алкоголизмом убежден в том, что он здоров, полностью контролирует прием спиртного и в любой момент может бросить пить, если посчитает нужным. В основе реакции анозогнозии при алкоголизме лежит постепенное снижение критики к своему состоянию, наблюдающееся при этом заболевании по мере его развития. Лечение больных алкоголизмом становится возможным только с преодолением анозогнозических установок, когда пациент с помощью врача или психолога начинает осознавать симптомы своего заболевания. Реакция анозогнозии может наблюдаться также у врачей при наличии у них тяжелого соматического заболевания. Так, показано, что в США врачи, заболевшие раком, обращаются за специализированной медицинской помощью в среднем на год позже, чем другие больные, так как долгое время не признают наличие заболевания, отказываются видеть очевидные для окружающих симптомы болезни.

Реакция «ухода в болезнь» заключается в том, что пациент, фиксируясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все, что не связано с заболеванием. Такая погруженность в болезненные переживания, захваченность всей личности происходящими в организме изменениями обычно сопровождается неудачами в жизни, конфликтными субъективно неразрешимыми проблемами. Болезнь избавляет от необходимости разрешать сложные жизненные ситуации, служит оправданием профессиональной или личной несостоятельности, приобретая, таким образом, значение «условной приятности», «условной желательности». Реакция «ухода в болезнь» может формироваться у лиц с истероидными чертами, завышенный уровень притязаний которых при недостаточных способностях и отсутствии длительного волевого усилия не позволяет им добиваться поставленных целей, признания и восхищения со стороны окружающих. Наличие заболевания дает таким пациентам возможность получать внимание, сочувствие и заботу, удовлетворяя в определенной степени эгоцентрические интересы истероидной личности (F60.4). Психологическая реакция «ухода в болезнь» может наблюдаться также у лиц астено-невротического типа с их высокой чувствительностью, непереносимостью чрезмерных нагрузок

(физических, эмоциональных, интеллектуальных) и склонностью к ипохондрии. При астено-невротической акцентуации (F60.7) характерны высокая чувствительность и низкие нейрофизиологические пороги, вследствие чего любой, самый незначительный, раздражитель, малейший дискомфорт в организме приобретает значение сверхсильного сигнала. Такие лица легко реагируют на изменение самочувствия эмоцией тревоги и посвящают свое время и силы излечению и сохранению здоровья. Любые другие жизненные ценности и цели играют второстепенную роль.

«Социальная престижность» болезни. В формировании психологической реакции пациента на заболевание принимает участие такой важный фактор, как его «социальная престижность», т. е. отношение к нему и к болезням в данной социальной группе. В разных странах и культурах к болезням относились п о-своему. В Древней Спарте, где господствовал культ красивого здорового тела, как указывается в отдельных исторических источниках, стариков и больных сбрасывали в море с высокой отвесной скалы. Психически больных в средневековой Европе сжигали на кострах, изгоняя из них «бесов», «ересь» и «нечистую силу». В настоящее время в европейской культуре отношение к болезни более чем терпимое: разговоры о здоровье, о различных заболеваниях, как собственных, так и других людей, являются темой светских бесед. Негласно болезни делятся на «престижные», о них можно говорить в обществе, и «непрестижные», которые обычно стараются скрыть. К «престижным» болезням относится, например, ишемическая болезнь сердца (I20–I25): стенокардия (I20), и в особенности инфаркт миокарда (I21). Они повышают социальный статус человека, свидетельствуя о таких его социально-одобряемых психологических качествах, как ответственность, обязательность, трудолюбие, чувство долга. Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вызывают уважение, внимание со стороны окружающих людей, сочувствие, готовность помочь. Для этой категории больных заболевание также может приобретать значение «условной желательности». В то же время такие болезни, как геморрой (I84), язвенный колит (F54), являются «непрестижными», их обычно скрывают от окружающих. Для формирования психологической реакции пациента на заболевание имеет значение и то, как к нему относятся родственники, друзья, значимые лица из окружения заболевшего. Пациент, лишенный внимания и заботы со стороны близких, стремится скорее вернуться к профессиональной деятельности, чтобы возвратить себе утраченное вследствие болезни расположение членов семьи.

Симуляция. Поведение симуляции не является реакцией на заболевание, так как оно отсутствует. Симуляция определяется как сознательное предъявление симптомов болезни, которой данное лицо не страдает. Симуляция наблюдается в тех случаях, когда болезнь приносит человеку какую-либо выгоду: избавляет его от необходимости нести военную службу, позволяет получить группу инвалидности и т. п. Поведение симуляции наблюдается преимущественно у двух категорий лиц: либо у людей с низким уровнем образования, не информированных в области медицины, наивных и социально незрелых, либо, напротив, у лиц опытных, искушенных, имеющих медицинское образование или работающих в здравоохранении (психологов, педагогов, социальных работников), которые хорошо изучили изображаемый ими вид патологии.

Трудные больные. Каждый больной по-своему труден для врача. Пациенты имеют разный профессиональный, материальный, социальный статус, отличаются семейным положением, жизненным опытом, своими психологическими трудностями, возможно, комплексами, страданиями, скрытыми проблемами. Каждый по-своему реагирует на болезнь, боль, на прием лекарств, визиты врача. Пациенты с высоким социальным статусом и привычкой к чрезмерному контролю поведения, стремясь «сохранить лицо», не сообщают врачу до конца свои переживания, сомнения и страхи, опасаясь выглядеть «слабыми» или даже «симулянтами». Образованные лица с высоким интеллектуальным потенциалом в контексте взаимоотношений с лечащим врачом часто подчеркивают свою значимость, пускаются в длительные рассуждения «по любому поводу», что может мешать врачу представить точную картину болезни. К трудным относятся интровертированные больные, замкнутые на своем внутреннем психологическом мире, с трудностями вступления в контакт, отвечающие односложно и лаконично, опуская важные для врача подробности и детали, которые обнаруживаются лишь при длительном и тщательном целенаправленном расспросе. Пожилые люди с нарушениями психической деятельности на фоне прогрессирующего атеросклероза (I70) со снижением памяти, нарушением концентрации внимания, с интеллектуальным снижением или с неадекватными эмоциями, не соответствующими физическому состоянию (например, пациенты в состоянии эйфории при наличии тяжелого соматического заболевания), — все эти больные также бывают трудными на определенных этапах лечебно-диагностического процесса. Наиболее сложными больными, общение с которыми требует больше всего времени и терпения, являются депрессивные пациенты (F32) с высоким риском суицидального поведения, врачи по профессии и лица с тревожно-мнительной акцентуацией характера.

Тревожно-мнительные больные. Эти пациенты постоянно заняты обдумыванием трудностей, проблем, которые могут встретиться в будущем. Они озабочены возможными рецидивами, осложнениями болезни, побочными действиями лекарств. Постоянно во всем сомневаются и буквально преследуют своими сомнениями и колебаниями лечащего врача, по малейшему поводу обращаются за дополнительными разъяснениями к медицинскому персоналу. Прежде чем принять назначенное врачом лекарство, тревожно-мнительные больные тщательно изучают все показания, противопоказания, побочные действия препарата, обсуждают необходимость принятия именно этого, а не какого-либо другого средства со сходным механизмом действия. Но даже после многократного обдумывания и проговаривания всех деталей терапии (препараты, время, дозы и длительность приема) с медицинским персоналом у пациентов остаются сомнения, которыми они делятся с окружающими. Назначение каждой новой диагностической или терапевтической процедуры заставляет их насторожиться: у больных вновь и вновь возникают сомнения в правильности диагностики и адекватности проводимого лечения. Если быстрого эффекта, ожидаемого от приема лекарств, не наступает, то пациенты вновь обращаются к врачу со своими страхами, сомнениями и колебаниями. Таких больных весь медицинский персонал знает по имени-отчеству, им стараются отпускать процедуры и дают принимать лекарства в одно и то же фиксированное время, чтобы избежать ненужных объяснений. Однако они постоянно и во

всем сомневаются, обращаются все с новыми проблемами. Часто и после выписки без достаточных оснований продолжают посещать врача, требуя к себе внимания. Поскольку они не верят в правильность лечения и возможность выздоровления, тревожно-мнительная акцентуация характера у таких больных ухудшает прогноз любого заболевания.

Депрессивные больные. Депрессия в психологии описывается как утрата жизненной перспективы. Планы и программы, надежды и мечты о будущем придают смысл настоящему. Сегодняшний день важен и осмыслен потому, что он является шагом на пути достижения поставленной цели. Когда человек теряет перспективу, цели и задачи будущей жизни, то и настоящее начинает казаться ему лишенным смысла. «Депрессивная блокада» может приводить к мыслям о суициде. Не случайно поэтому врач-психиатр, решая вопрос о выписке депрессивного пациента, задает ему вопрос: «Каковы ваши планы на будущее?» Если больной на этот вопрос ответить не может, то это часто означает, что депрессивное состояние (F32) еще сохраняется.

Тяжелое соматическое заболевание, если оно неизлечимо, в большинстве случаев сопровождается формированием депрессивных переживаний: будущее кажется безнадежным и бесперспективным. У больного, потерявшего надежду на выздоровление, возможны суицидальные тенденции. Высокий уровень депрессии отмечается у больных хронической почечной недостаточностью (N18), проходящих лечение гемодиализом, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (I21), у онкологических больных. Случается, что, закончив какую-либо важную работу, достигнув значимой цели, к которой пришлось идти многие годы, отказывая себе в удовольствиях и отдыхе, добившись наконец успеха, человек вдруг обнаруживает у себя растерянность и пустоту, отсутствие каких-либо целей и дальнейших перспектив. Вместо чувства гордости и торжества он переживает опустошенность и безразличие ко всему. Вместе с разочарованием может прийти болезнь. В этом смысле инфаркт миокарда называют иногда «болезнью достижения». Однако депрессивное состояние с суицидальной настроенностью может развиться и при иных ситуациях, например когда заболевание препятствует достижению значимых целей (овладению профессией), делая жизнь бессмысленной и лишенной перспектив. В подобных случаях перед врачом встает вопрос о возможности прогнозировать суицидальное поведение депрессивных больных. Шведские авторы описывают так называемый «пресуицидальный синдром», т. е. ряд признаков в поведении, настроении, самочувствии пациентов, позволяющих с определенной степенью достоверности прогнозировать у них суицидальные действия.

Пресуицидальный синдром. Первые признаки депрессивного состояния у больного — снижение активности, инициативы в контактах с персоналом и другими больными, утрата ранее значимых социальных интересов. Больные перестают смотреть телевизор, читать газеты, интересоваться новостями. Они пассивно подчиняются медицинскому персоналу, на вопросы отвечают кратко и лаконично. Депрессивный пациент может часами лежать в постели в «позе эмбриона», отвернувшись лицом к стене. Постепенно снижаются витальные потребности: больные перестают ходить в столовую, принимать пищу; у них появляются нарушения сна в виде ранних утренних пробуждений с тревогой и невозможностью уснуть.

Возникают диспепсические расстройства, запоры, у женщин — нарушения менструального цикла. Для выраженного депрессивного состояния (F32) характерна так называемая триада Протопопова: тахикардия, запоры, расширение зрачков. В этот период у больных могут возникать суицидальные мысли и суицидальные действия. Осуществляя задуманное, пациенты становятся более активными, расспрашивая персонал, врачей о действии лекарств, о возможности отравления при приеме того или иного средства. Наблюдая за медицинским персоналом, депрессивные пациенты выбирают время, когда надзор за ними ослаблен, и место, где можно беспрепятственно совершить суицид. При демонстративно-шантажных суицидах в отличие от истинных, напротив, время и место выбираются таким образом, чтобы вероятность помощи была наибольшей. Оживление активности больного с депрессивными чертами, которое полностью связано с выбором способа совершения суицида, является для медицинского персонала сигналом об опасности, когда необходимо принять срочные меры по предотвращению суицидальных действий (усиление надзора, консультация психиатра, психотерапевта).

Врач как больной. Медицинские знания могут быть защитой от неправильного отношения к болезни, неверного способа приема лекарств и могут помогать при индивидуальной профилактике заболеваний. В то же время информированность о возможности разнообразных осложнений, неблагоприятном течении болезней беспокоят врача, и часто гораздо сильнее, чем неспециалиста, не имеющего медицинского образования. Теоретически состояние здоровья врачей и медицинских работников должно было бы быть лучше, чем у остального населения. Но практически, по данным различных исследователей, ситуация складывается противоположным образом. Обычно врачи недооценивают у себя начальные признаки заболеваний. Врачи, заболевшие раком, проводят первое обследование гораздо позже, чем другие больные. Они склонны переносить на ногах простудные заболевания (грипп, ангину), выходят на работу, не закончив лечения, предпочитают лечиться симптоматически. Достоверно чаще, чем у других пациентов, у них наблюдаются осложнения и рецидивы болезни. Психологическая реакция врача на свое заболевание представлена двумя этапами. Первый — анозогнозический — обусловлен нежеланием осознавать наличие и тяжесть симптомов. Неосознавание болезни может длиться достаточно долго — до нескольких недель. Второй этап — панических реакций — связан с переоценкой серьезности признаков болезни, ожиданием осложнений, с пессимистическим взглядом в отношении диагноза и прогноза. На этом этапе врач становится «трудным» больным: он постоянно добивается повторных обследований, консультаций специалистов, занимается самолечением, не доверяет в полной мере своему лечащему врачу, подозревая, что тот обманывает его, скрывая тяжесть и безнадежность положения. Подобное поведение можно объяснить тем, что в отличие от «наивного» пациента, который думает, что существует лекарство от всех болезней (достаточно правильно определить заболевание, как сразу станет ясно, чем его лечить), врач лишен этих счастливых иллюзий. Заболевший врач, понимая ограниченные возможности медицины, которая не всегда и не все болезни может быстро распознать и эффективно вылечить, нередко подозревает, что он болен еще не известным или плохо изученным заболеванием, от которого нет эффективного лекарства, при котором возможны тяже-

лые осложнения, часто приводящие к летальному исходу. Он не доверяет своему лечащему врачу, потому что, работая врачом сам, всей правды о состоянии своих пациентов им не говорил, сообщая лишь то, что считал нужным. Теперь, оказавшись в роли больного, врач начинает думать, что и от него скрывают тяжесть состояния и неблагоприятный прогноз. Под влиянием этих мыслей он становится подозрительным, недоверчивым, тревожным. При общении с таким пациентом желательно, относясь с уважением к его профессиональному статусу, создать ему по возможности лучшие условия в стационаре: разрешить пользоваться телефоном, поместить в отдельную палату или в палату с меньшим числом больных, предоставить более свободный режим и доступ посетителей.

Основные модели построения взаимоотношений «врач—больной». Взаимоотношения врача и больного в каждом конкретном случае складываются индивидуально в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, от его нозологической принадлежности и от индивидуально-психологических особенностей врача. На формирование взаимоотношений влияют половые и возрастные различия, уровень образования, социальный статус. Тем не менее, обобщая многообразие видов описанного в литературе ролевого поведения врача и пациента, можно выделить три модели их взаимоотношений: руководство, партнерство и контрактную модель.

Руководство. Основной, базовой моделью отношений «врач—больной» в медицине остается руководство — властная, авторитарная модель с жесткой структурой при ведущей роли врача. Врач доминирует в этих взаимоотношениях, занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения; все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса принимает он сам и берет на себя всю полноту ответственности: как юридическую, так и моральную и психологическую. В случае модели руководства больной остается подчиненным, сравнительно малоактивным, зависимым, пассивным объектом терапии. Сокращение психологической дистанции с пациентом при этом недопустимо: приятельские, дружеские, и тем более любовные и сексуальные, отношения между врачом и больным рассматриваются как нарушения профессиональной этики со стороны врача. Модель руководства — ведущая в клинике внутренних болезней, в акушерстве и гинекологии, стоматологии, хирургии, травматологии.

Партнерство. Партнерская модель взаимоотношений «врач—больной» более демократична. Как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза она предполагает активное участие пациента в лечебном процессе. При этом предполагается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства. Однако и здесь личные отношения остаются нежелательными. Партнерская модель используется в медицине в ряде особых ситуаций: при решении вопроса об операции, в особенности при вероятности летального исхода; в случае, когда в роли пациента оказывается врач или лицо с высоким социальным статусом. Подобная модель взаимоотношений широко используется в психотерапии.

Контрактная модель. В условиях платной медицины сложилась контрактная (договорная) модель взаимоотношений «врач—больной». Она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. В рамках контрактной модели врач и пациент приступают к лечению на основе соглашения (контракта) относительно общего понимании болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза, стратегии лечения. Это соглашение может быть определено уже при первой встрече. Врач, с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии, прогнозирует с определенной долей вероятности выраженность эмпатической коммуникации, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения. Юридическую ответственность за результаты лечения в любом случае несет врач, но психологическая ответственность в определенной степени лежит на больном. Оплачивая медицинские услуги, пациент получает право выбирать врача. Он полагает, что, заключая контракт, располагает гарантиями на квалифицированную помощь и ее доступность (установленное совместно расписание посещений), правом на прерывание курса лечения и смену врача. Больной ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие этапы лечения. Врач же предъявляет к пациенту требования сотрудничества в процессе терапии, выполнения соответствующих врачебных рекомендаций и правил, в частности требования следовать здоровому образу жизни.

Психологические требования к личности врача. Профессия врача предъявляет к личности требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. По роду профессиональной деятельности врач сталкивается со страданием, болью, умиранием, смертью. Работа врача — особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья, практически в любых ситуациях, предполагающих межличностное взаимодействие. С психологической точки зрения болезнь может рассматриваться как ситуация неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом — одна из наиболее трудных психологических ситуаций в жизни, частой эмоциональной реакцией на которую является страх. Эту ситуацию переживает больной, в нее «входит» врач, который может уменьшить степень информационной неопределенности путем тщательной диагностики, но контролировать в полной мере «человеческий фактор» он не может. Существование в подобных условиях требует от специалиста медицинского учреждения высокой эмоциональной устойчивости, стабильности, психологической надежности, умения противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам, а также сформированных коммуникативных навыков, развитых механизмов психологической адаптации и компенсации, в частности конструктивных копинг-стратегий.

Среди коммуникативных копинг-ресурсов, значимых для формирования профессиональной деятельности врача, выделяют прежде всего эмпатию, аффили-

ацию, сенситивность к отвержению, адекватное взаимодействие которых позволяет личности эффективнее осуществлять разрешение проблемных и стрессовых ситуаций. При очень высоком уровне эмпатии врачу часто свойственно болезненно развитое сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, чувство вины из-за опасения причинить другим людям беспокойство, повышенная психологическая уязвимость и ранимость — качества, препятствующие выполнению профессионального ролевого поведения, с недостаточной выраженностью таких свойств, как решительность, настойчивость, целеустремленность, ориентация на перспективу. Избыточное эмпатическое вовлечение в переживания больного приводит к эмоциональным перегрузкам, эмоциональному и физическому истощению. С эмпатией тесно связана аффилиация. Аффилиация — стремление человека быть в обществе других людей, инструмент ориентации в межличностных контактах. Способность к сотрудничеству, к построению партнерских отношений обеспечивает необходимый для успешной профессиональной деятельности психологический климат в коллективе, лежит в основе формирования так называемого терапевтического поля.

Контроль личности над средой определяет копинг-процесс и относится к базовым копинг-ресурсам врача. Личности с развитым интернальным контролем по сравнению с экстернальными внимательнее, имеют больше потенциальных возможностей избегать неблагоприятных результатов, чувствительнее к опасности. Они имеют более высокий уровень потребности в достижениях, позитивную Я-концепцию, высокий уровень социального интереса и высокие показатели самоактуализации. Интернальному контролю сопутствует большая продуктивность, меньшая фрустрированность по сравнению с индивидами, имеющими экстернальный локус контроля. Во фрустрирующих ситуациях экстернальные пациенты по сравнению с интернальными переживают большую тревогу, враждебность и агрессию. Они менее эффективны в совладании с жизненными стрессами из-за беспокойства и повышенной депрессивности, менее способны к достижениям, хуже используют возможности информационного контроля над средой. Степень развития субъективного контроля над текущей жизненной ситуацией оказывает определенное влияние на процесс преодоления той или иной болезни. Локус контроля отражается на межличностных взаимодействиях в диаде «врач–больной», является одним из важных факторов, способствующих поддержанию здоровья и формированию здорового образа жизни. Включение интернального локуса контроля в процесс преодоления стресса снижает риск формирования саморазрушающего поведения. С точки зрения больного, наиболее значимыми в образе врача являются такие черты, как уверенность поведения и способность к эмпатии. Уверенный стиль поведения, демонстрируемый в самых неожиданных, безнадежных, шокирующих ситуациях, помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, в частности определяющей способность контролировать текущие события с построением реалистичного прогноза, что способствует появлению веры и надежды на благополучный исход событий. Помимо исполнения своих непосредственных профессиональных обязанностей врач должен уметь оказывать необходимую эмоциональную поддержку как больным, так и коллегам по работе. Главным в предоставлении психологиче-

ской помощи другому при этом должно являться повышение способности самостоятельно разрешать свои проблемы, в том числе за счет активизации внутренних психологических ресурсов. Важная роль психотерапевтического потенциала врача является бесспорной. Хекхаузен предложил модель психотерапевтической помощи, которая включает в себя четыре основных аспекта: 1) готовность к эмоциональному сопереживанию внутреннему состоянию другого; 2) способность учитывать последствия своих действий для окружающих; 3) развитые морально-этические нормы, задающие эталоны оценки субъектом своего альтруистического поступка; 4) тенденция приписывать ответственность за совершение или несовершение альтруистического действия себе, а не другим людям и внешним обстоятельствам.

Имеет значение сформированность приемов и методов психической саморегуляции врача, которые помогают в сохранении собственной эмоциональной стабильности, психологической надежности профессионального «имиджа», устойчивого перед лицом угрозы таких разрушительных факторов, как непопулярность, отвержение со стороны коллег, периодические сомнения в правильности выбранного решения, которые в определенной степени обусловлены ограниченными возможностями современной медицины и невозможностью учесть и предусмотреть воздействие на организм пациента всех факторов — внешних и внутренних, органической и психологической природы.

В целом успешная врачебная деятельность определяется такими психологическими особенностями, как высокий уровень коммуникативной компетентности, реализуемой в отношении пациентов, их родственников, а также медицинского персонала; важную роль играют независимость и автономность врача, его уверенность в собственных силах и устойчивость в ситуациях непопулярности и отвержения в сочетании с гибкостью и пластичностью поведения в изменяющихся нестандартных профессиональных ситуациях, высокая степень устойчивости к стрессу, к информационным и эмоциональным перегрузкам, наличие развитых механизмов адаптации и компенсации с высокой значимостью экзистенциально-гуманистических ценностей, формирующих дальнюю жизненную перспективу.

Контрольные вопросы

1. Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием такого качества, как:

❶ ригидность;

❷ агрессивность;

❸ способность к эмпатии;

❹ тревожность.

2. Аффилиация — это:

❶ способность к сочувствию, сопереживанию;

❷ стремление человека быть в обществе других людей;

❸ потребность в достижениях;

❹ склонность испытывать эмоцию тревоги.

3. Эмпатия — это:

❶ способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию;

❷ склонность к повышенному настроению;

❸ склонность испытывать чувство вины;

❹ потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей.

4. Коммуникативная компетентность врача снижается под воздействием следующих свойств:

❶ эмпатии;

❷ повышенной тревожности;

❸ уверенности поведения;

❹ сенситивности.

5. Коммуникативный барьер во взаимоотношениях может быть связан с высоким уровнем:

❶ сенситивности к отвержению;

❷ восприятия социальной поддержки;

❸ агрессивности;

❹ депрессивности.

6. Тревога — это эмоция:

❶ связанная с переживанием текущих неприятностей и неудач;

❷ направленная в будущее, связанная с предвосхищением возможных неудач;

❸ связанная с переживанием прошлых обид и потерь;

❹ сопровождающая переживание любого негативного события.

7. Синдром эмоционального сгорания — следствие:

❶ неуверенности в себе и повышенной ответственности;

❷ чрезмерной впечатлительности;

❸ профессиональной некомпетентности;

❹ критики со стороны старших.

8. Профессиональная адаптация заключается:

❶ в отработке практических навыков;

❷ в повышении уровня знаний;

❸ в установлении эмоциональной дистанции с больными;

❹ в совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа».

9. Сокращение психологической дистанции с больным допустимо:

❶ при длительном общении с пациентом;

❷ во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;

❸ в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного;

❹ при наличии взаимной симпатии между врачом и больным.

10. Первое впечатление больного о враче:

❶ складывается в первые 18 с знакомства;

❷ формируется в течение первой встречи врача и больного;

❸ складывается постепенно, по мере того как они лучше узнают друг друга;

❹ неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений.

11. Ощущение психологического контакта дает элемент невербального общения:

❶ взгляд в глаза;

❷ жест приветствия;

❸ поворот корпуса тела и головы в сторону больного;

❹ кивок головой.

12. В профессиональном общении врача с больными предпочтительны позы:
   ❶ симметричные;
   ❷ естественные симметричные;
   ❸ естественные асимметричные закрытые;
   ❹ естественные асимметричные открытые.
13. Активная жестикуляция больного чаще всего связана:
   ❶ с астенизацией больного;
   ❷ с высоким уровнем тревоги;
   ❸ с ипохондрическими переживаниями;
   ❹ с поведением симуляции.
14. Для депрессивного больного характерно:
   ❶ бледное маскообразное лицо;
   ❷ богатая выразительная мимика лица;
   ❸ асимметрия в мимических реакциях;
   ❹ мимика скорби.
15. Ускоренная речь чаще характеризует:
   ❶ депрессивного пациента;
   ❷ больного с ипохондрическими переживаниями;
   ❸ тревожного пациента;
   ❹ лиц, демонстрирующих поведение симуляции.
16. Громкая речь чаще отмечается:
   ❶ у лиц астено-невротического типа;
   ❷ у больных с элементами навязчивостей;
   ❸ у больных с ипохондрическими переживаниями;
   ❹ у пациентов в гипоманиакальном состоянии.
17. В течение фазы ориентации врач:
   ❶ наблюдает невербальное поведение больного;
   ❷ решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному;
   ❸ формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска);
   ❹ ставит диагноз.
18. В процессе фазы аргументации врач имеет основания:
   ❶ для постановки диагноза;
   ❷ для постановки предварительного диагноза;
   ❸ для определения прогноза;

❹ для сообщения диагноза и прогноза больному.

19. Проекция — это:

❶ приписывание больным врачу собственных негативных черт;

❷ проецирование в ситуацию взаимоотношений с врачом наиболее значимых психических травм детского возраста;

❸ перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми;

❹ перенос больным на врача детских фантазий и мечтаний.

20. В результате сочетания положительного переноса и положительного контрпереноса во взаимоотношениях «врач—больной»:

❶ повышается вероятность возникновения неформальных взаимоотношений между ними;

❷ повышаются точность диагностики и эффективность терапии;

❸ повышается вероятность быстрого выздоровления пациента;

❹ повышается вероятность осложнений и рецидивов.

21. Основная задача врача в фазе корректировки:

❶ установление эмоционального контакта с больным;

❷ оказание эмоциональной поддержки больному;

❸ сообщение точного диагноза больному;

❹ сообщение прогноза заболевания.

22. Адаптация пациента к условиям стационара длится приблизительно:

❶ около 5 дней;

❷ около 2 недель;

❸ первые два дня госпитализации;

❹ 15 дней.

23. Лекарства, назначенные врачом, остаются неиспользованными:

❶ как минимум в 20% случаев;

❷ в половине случаев;

❸ в 60% случаев;

❹ крайне редко.

24. Эффект «плацебо» — это:

❶ эффективность фармакологически нейтральных лекарственных форм;

❷ отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата;

❸ появление противоположного ожидаемому действия лекарственного препарата;

❹ усиление ожидаемого действия лекарственного препарата.

25. Поведение аггравации характеризуется:

❶ сознательным изображением симптомов отсутствующего заболевания;

❷ преуменьшением симптомов болезни;

❸ преувеличением симптомов болезни;

❹ неосознаванием симптомов болезни.

26. В структуре внутренней картины болезни выделяют следующие основные компоненты:

❶ сенситивный и эмоциональный;

❷ эмоциональный и рациональный;

❸ эмоциональный, рациональный и мотивационный;

❹ сенситивный, эмоциональный, рациональный и мотивационный.

27. Адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний, а также от дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений, называют:

❶ копинг-механизмами;

❷ механизмами психологической защиты;

❸ компенсаторными психологическими механизмами;

❹ адаптивными психологическими реакциями.

28. Возврат на более раннюю стадию развития или к более примитивным формам поведения, мышления называют:

❶ изоляцией;

❷ проекцией;

❸ замещением;

❹ регрессией.

29. Защита от угрожающего объекта путем отождествления с ним называют:

❶ проекцией;

❷ вытеснением;

❸ идентификацией;

❹ рационализацией.

30. Наиболее продуктивными копинг-стратегиями больных считаются:

❶ сотрудничество и активный поиск поддержки;

❷ эмоциональная разрядка и отвлечение;

❸ отвлечение и альтруизм;

❹ альтруизм и оптимизм.

31. Диссимуляция — это:

❶ сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;

❷ сознательное сокрытие симптомов болезни;

❸ сознательное преувеличение симптомов болезни;

❹ сознательное преуменьшение симптомов заболевания.

32. Анозогнозия — это:

❶ сознательное сокрытие симптомов болезни;

❷ бессознательная реакция: неосознавание болезни;

❸ сознательное преуменьшение симптомов заболевания;

❹ «уход в болезнь».

33. Ипохондрия — это:

❶ болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье;

❷ страх перед социальными последствиями болезни;

❸ нежелание выздоравливать;

❹ извлечение выгоды из заболевания.

34. Симуляция — это:

❶ сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;

❷ сознательное сокрытие симптомов болезни;

❸ прагматическое отношение к заболеванию со стремлением извлечь из него какую-либо выгоду;

❹ страх перед болезнью.

35. К «трудным» относятся пациенты, имеющие:

❶ эпилептоидные черты;

❷ депрессивные черты с суицидальной настроенностью;

❸ гипертимные черты;

❹ астено-невротические черты.

36. Врач как больной — это:

❶ благодарный пациент, облегчающий труд лечащего врача;

❷ такой же, как и все остальные пациенты;

❸ самый «трудный» и «нетипичный» больной;

❹ самый «типичный» больной.

37. Властная, авторитарная модель отношений врач—больной с фиксированной структурой и жестким распределением ролей — это модель:

❶ руководства;

❷ партнерства;

❸ руководства-партнерства;

❹ модель контракта.

38. Партнерская модель взаимоотношений «врач—больной» широко используется:

❶ в клинике внутренних болезней;

❷ в акушерстве и гинекологии;

❸ в психиатрии и неврологии;

❹ в психотерапии.

Глава 19

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Среди задач, решаемых клиническим психологом в здравоохранении, одна из основных — участие его в проведении различных видов экспертиз. В этой работе клинический психолог становится одним из субъектов совместной деятельности со специалистами других профилей. Особенно ярко комплексность деятельности проявляется в виде взаимодействия и взаимодополняемости клинического, психологического, педагогического, инструментального и лабораторного подходов.

Основное содержание экспертного психологического заключения — не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности испытуемого, результаты которого и должны соотноситься с особенностями психологической структуры деятельности, по отношению к которой проводится экспертиза (Поляков). Важно выявить не только актуальное состояние личности и различных психических процессов и психических состояний, но и прогнозировать возможности взрослого, юноши, ребенка с учетом компенсаторных или декомпенсирующих аспектов.

Особое значение в связи с этим приобретает соотнесение дефицитарных проявлений психической деятельности и сохранных ее сторон с требованиями врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической сфер деятельности, а не только констатация их наличия (Корсакова).

Учитывая роль клинического психолога в экспертной практике, в свое время Станишевская не без оснований предлагала выделить в качестве самостоятельного раздела психологии экспертную клиническую психологию.

Участие клинического психолога во врачебно-трудовой экспертизе

Значение психологического аспекта врачебно-трудовой экспертизы (или психологической трудовой экспертизы, по Платонову) постоянно возрастает. Во-первых, в связи с увеличением числа лиц, проходящих этот вид экспертизы, из-за ухудше-

ния социально-экономического положения и экологической обстановки в стране и, во-вторых, в связи с пониманием этого вида экспертизы как одного из основных звеньев и этапов социально-трудовой реабилитации. В современных лечебно-реабилитационных программах определение профессиональных возможностей и рациональное обучение (переобучение) и трудоустройство больного играют существенную роль в его судьбе. Не случайно ряд авторов включают в психологическую трудовую экспертизу профориентацию, профконсультацию, профотбор, профподбор и трудоустройство инвалидов. Поэтому психологическая трудовая экспертиза как теоретически, так и практически выходит за рамки клинической психологии, являясь разделом самостоятельной отрасли психологии — психологии труда. Но и это имеет свои обоснования: исторически психологическая трудовая экспертиза во всех своих формах проводится в единстве с врачебно-трудовой и военно-врачебной экспертизой. Существует и другая тенденция — сузить понятие врачебно-трудовой экспертизы. Так, медицинскую профконсультацию не считают частью врачебно-трудовой экспертизы, хотя и признают ее большое значение и связь с психологией труда. Психические особенности в пределах так называемой нормы при врачебно-трудовой экспертизе не принимают во внимание; склонность к той или иной профессии, призвание к определенному виду труда, интеллектуальные способности, волевой и эмоциональный профиль человека — всему этому не придают или почти не придают значения при установлении трудоспособности. Едва ли с этим можно согласиться, учитывая роль трудоспособности в системе жизненных отношений личности и ее становлении. На значение личностных особенностей освидетельствуемого, направленности установки индивида, его психических качеств при проведении врачебно-трудовой экспертизы в свое время указывал еще Дж. Марциновский.

При врачебно-трудовой экспертизе наиболее важным аспектом деятельности клинического психолога становится получение объективных данных для функционального диагноза, составляющего основу экспертного заключения. Значение экспертного заключения трудно переоценить. От него зависит не только характер трудовой деятельности, но во многом и будущий жизненный путь больного, поскольку правильное определение профессиональных возможностей и рациональное трудоустройство (как и адекватно ориентированное профессиональное обучение) являются существенными факторами клинического и социального восстановления. Как и в других случаях функциональной диагностики, психолог в своем заключении обращает внимание не только на пораженные, но и на сохранные функции с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной трудовой деятельности. Психофизиологическая оценка характера предстоящей деятельности здесь также имеет большое значение. Важную роль играет оценка выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия. Особое место занимает изучение социально-трудовых установок больного, индивидуальных склонностей. Необходимо, с одной стороны, учитывать отношение больного к своему заболеванию, субъективную оценку им степени своих трудовых возможностей, с другой — отношение больного к известным ему профессиям, его личную социально-трудовую направленность и возможность ее коррекции.

Взаимопроникновение различных отраслей знания и необходимость комплексного решения почти любого вопроса как медицинской, так и психологической трудовой экспертизы хорошо видно на примере тесно связанных с педиатрией и школьной гигиеной медико-психологической профориентации и профконсультации подростков. Для школьных врачей важнейшим является учет состояния здоровья школьников и изучение их способностей к труду. Для школьного психолога главное — система комплексной профконсультационной работы с подростками. Конечно, вопросы профконсультации не могут решаться без совместной работы с врачами и педагогами. Поскольку основными принципами врачебно-трудовой экспертизы, полностью относящимися и к медико-психологической экспертизе, оказываются профилактическая направленность и установка на социально-трудовую реабилитацию больных, деятельность клинического психолога, участвующего в проведении врачебно-трудовой экспертизы, обоснованно приобретает психогигиеническую и психопрофилактическую направленность.

Войтенко и Филомафитский, указывая, что ситуация врачебно-трудовой экспертизы в психологическом плане значительно отличается от обычной лечебно-диагностической ситуации «врач—больной», обращают внимание на следующие ее особенности:

- установку индивида, проходящего экспертизу;
- установку самого эксперта;
- особенности контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даче трудовых рекомендаций.

Поскольку экспертиза трудоспособности помимо медицинской всегда имеет и психосоциальную направленность, то отношение к ней и установки не только свидетельствуемого, но и эксперта имеют также выраженный социальный характер. Установки свидетельствуемого могут быть направлены не только на улучшение своего физического состояния, но и на повышение социально-психологического статуса (признание инвалидом войны или установление связи инвалидности с трудовым увечьем). Поэтому при выборе мер психотерапевтического воздействия врач-эксперт должен особенно подчеркнуть социально-психологические последствия установления группы инвалидности. Это может иметь большое значение на дальнейших этапах социально-трудовой реабилитации. Особую роль, как подчеркивают авторы, играют психотерапевтический подход и психологический контакт со свидетельствуемым при вынесении экспертного заключения и трудовых рекомендаций. Признание (или непризнание) свидетельствуемого инвалидом влечет за собой комплекс психологических стрессовых факторов, которые могут приводить к состоянию фрустрации, потере перспективы, изменению самооценки и уровня притязаний личности.

Понимание экспертом возникающей перед освидетельствуемым совокупности социально-психологических проблем требует от эксперта тщательного анализа особенностей личности обследуемого, его мотивов, ценностей и идеалов, анализа всей совокупности медико-биологических (диагноз, форма, тип течения, прогноз заболевания) и социальных (образование, профессия, специальность, вид и условия труда) факторов. Только в этом случае объявление экспертного заключения носит действительно психотерапевтический характер и становится важной формой реабилитационного воздействия.

Лишь тщательный анализ ценностных ориентаций, отношений, мотивов поведения, личностных особенностей человека, проходящего экспертизу, позволяет вскрыть неосознаваемое, недостаточно осознаваемое (например, при «бегстве в болезнь» пациента с неврозом (F40–F48)) или вполне осознаваемое установочное поведение (аггравация, симуляция, диссимуляция). Психолог должен помочь так провести экспертизу, чтобы, с одной стороны, соблюдались права, гарантированные больным и инвалидам со снижением трудоспособности законодательством РФ, с другой — чтобы удовлетворение интересов больного не осуществлялось за счет общества.

Заключение психолога, участвующего в экспертизе трудоспособности, должно содержать данные о нарушенных и сохранных функциях с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной степени в условиях выполнения прежней работы (с определенными профрекомендациями или при переобучении).

Как отмечают Платонов и Тепеницына, при расстройстве психических функций (например, памяти, внимания, снижении работоспособности в целом) наиболее значимой на уровне профессиональной деятельности нередко оказывается сохранность личностно-мотивационной сферы испытуемого, облегчающая возможность известной компенсации.

В настоящее время возрастает роль психолога при проведении экспертизы трудоспособности лиц, направляемых для работы в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях (космос, глубины океана, Арктика и Антарктика и др.). Обычно учитывающиеся в этих случаях психофизиологические характеристики, оценки выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия современная экспериментальная психология дополняет представлениями о стрессовой и фрустрационной толерантности обследуемого, используя специальные тесты и ситуацию естественного или моделируемого эксперимента. Конечно, важную роль играют отношение и установки испытуемого применительно к деятельности в указанных условиях.

В качестве иллюстрации роли выводов клинического психолога, полученных по экспериментально-психологическим данным, для вынесения окончательного заключения при прохождении врачебно-трудовой экспертизы приводим следующий пример (исследование Самойловой).

Больная Б., 39 лет, поступила в больницу для прохождения трудовой экспертизы. Охотно вступает в беседу. Добросовестно выполняет все задания, живо интересуется оценкой своей работы. Огорчается при указании на ошибки. Инструкции усваивает. Однако если увеличить латентный период между предъявлением инструкции и началом работы (например, до 5 мин и более), то больная забывает инструкцию. При просьбе воспроизвести инструкцию повторяет ее с искажением. Если же выполнение задания следует сразу же вслед за предъявлением инструкции, больная удерживает заданный способ работы.

Обнаруживаются резкие колебания умственной работоспособности. После небольшой по объему интеллектуальной нагрузки выявляются признаки выраженной истощаемости.

Выявляется снижение памяти. Кривая запоминания — 5, 6, 8, 8, 8 слов из десяти, а через час — всего два слова.

Наблюдаются также псевдореминисценции и конфабуляции.

Объем внимания сужен, наблюдаются колебания внимания.

Таким образом, ослабление памяти и внимания сочетается с выраженной утомляемостью больной, значительными колебаниями умственной работоспособности.

Как отмечает Зейгарник, заключение клинического психолога при интерпретации экспериментальных данных — задача достаточно сложная. При трудовой, как и при других видах экспертиз, у больных может проявиться так называемое установочное поведение. В связи с этим при интерпретации результатов особое внимание уделяется не столько продуктивности или непродуктивности больного при выполнении проб, сколько соотношению правильно и ошибочно выполненных заданий. Следует подчеркнуть неравномерность продуктивности в заданиях одного типа и одного уровня сложности, проанализировать случаи, когда заведомо более легкие задания решались менее успешно. С особой тщательностью необходимо обобщить все данные, касающиеся мотивации испытуемых, смыслообразования, оценок и самооценок. Учитывая значимость результатов экспериментально-психологического исследования для решения дальнейшей судьбы больного, клинический психолог должен быть чрезвычайно осторожен и объективен, подкрепляя все свои выводы надежными экспериментальными фактами.

Участие клинического психолога в военно-врачебной экспертизе

Роль военно-врачебной экспертизы в целом и участия в ее проведении клинического психолога в частности в современных условиях значительно возрастает. Многосторонний кризис веры, изменение общественного сознания значительной части населения, перемена отношения к армии в связи с распространением «неуставных» отношений привели к резкому увеличению числа лиц, пытающихся уклониться от военной службы. Ухудшение здоровья населения является причиной существенного уменьшения числа потенциальных призывников, которые, пройдя военно-врачебную комиссию, могут быть направлены для несения военной службы (без опасения возврата по состоянию здоровья). Поэтому необходимо качественное проведение военно-врачебной экспертизы, что практически невозможно без участия клинического психолога.

Круг задач, решаемых клиническим психологом при военно-врачебной экспертизе, в основном соответствует обычной психиатрической диагностике. Результаты психологического исследования используются для установления или, напротив, исключения прежде всего психических заболеваний, наличие которых несовместимо с военной службой. Часто это дифференциальная диагностика между нераспознанными до экспертизы олигофренией (F70–F79) и внешне сходными состояниями, обусловленными неблагоприятными прижизненными влияниями: низким культурным уровнем семьи, в которой воспитывался освидетельствуемый, педагогической запущенностью и др. Трудными в экспертном плане могут быть случаи несвоевременной диагностики психопатий и патологических развитий личности (F60–F69), современных неврозо- и психопатоподобных форм шизофрении (F21) и ларвированных форм других нервно-психических заболеваний.

Военно-врачебная экспертиза, как правило, проводится в условиях психиатрического учреждения, и работа клинического психолога не отличается существенно в этих случаях от той, которая выполняется им обычно в процессе психиатрической диагностики. Два обстоятельства придают своеобразие психологическому исследованию при проведении этого вида экспертизы. Одно из них связано с нередкой заинтересованностью испытуемого в содержании экспертного решения и возможностью установочного поведения с тенденцией к аггравации или диссимуляции. При этом, с одной стороны, оказывается необходимым выявление структуры, характера и степени действительных нарушений, маскируемых притворным поведением. С другой стороны, сама экспертная ситуация, как и предшествовавшие ей события жизни, неизбежно вызывает особое эмоциональное состояние, требующее учета при проведении исследования и интерпретации его результатов. Последнее обстоятельство вызывает необходимость соотнесения обнаруживаемых особенностей психики с характером содеянного (если содеянное относится к периоду прохождения военной службы), с особенностями психологической структуры той деятельности (действия), в отношении которой проводится экспертиза. Здесь требуется экспериментально-психологический анализ различных сторон психической деятельности, которые могут не играть диагностической роли и не иметь никакого значения для терапевтических решений, а клинико-психологический метод может быть недостаточно адекватным инструментом исследования.

Значение психологического заключения для вынесения объективного решения в случае прохождения военно-врачебной экспертизы иллюстрирует следующий пример (исследование Лонгиновой).

Больной П., 26 лет, военнослужащий, поступил в психиатрическую больницу для прохождения военной экспертизы. Предполагаемый диагноз — шизофрения (F20–F29) или органическое поражение ЦНС травматического генеза (F06).

Больной во время исследования приветлив, спокоен. Поведение адекватно ситуации. Правильно понимает цель экспериментальной работы. Охотно делится своими переживаниями. С должным интересом и серьезностью относится к оценке результатов. Имеется адекватная эмоциональная реакция на успех и неудачи в работе. Всегда активно стремится исправить ошибки, добиться правильного решения. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок.

Задания выполняет быстро и легко. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранны. Уровень доступных обобщений достаточно высок. Суждения последовательны.

Вместе с тем обращает на себя внимание некоторая обстоятельность суждений, склонность к излишней детализации рисунков и ассоциаций в пиктограмме. Склонен употреблять слова с уменьшительными суффиксами. Отмечаются элементы утомляемости, которые выражаются в появлении ошибок внимания.

Таким образом, во время исследования выявляется интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение как к своему состоянию, так и к процессу исследования в целом. Следует отметить некоторую обстоятель-

ность суждений и элементы утомляемости (особенно при продолжительной интеллектуальной нагрузке). Каких-либо нарушений (по шизофреническому типу) выявить не удается.

Данное заключение помогло клиницистам исключить диагноз шизофрения и обратить внимание на необходимость уточнения неврологического статуса обследуемого.

Участие клинического психолога в медико-педагогической экспертизе

Участие клинического психолога в проведении медико-педагогической экспертизы тесно связано с кругом вопросов, решаемых им в детских и подростковых учреждениях психиатрического профиля. Как и при проведении других видов экспертизы, большое значение имеет дифференциальная диагностика. Однако наиболее существенной задачей является определение психического развития и его аномалий, степени и структуры различных видов дизонтогенеза (Ковалев, Лебединский, Лебединская). Важность этой работы клинического психолога определяется тем, что в зависимости от его заключения определенным образом строится прогноз обучаемости ребенка, а следовательно, выбор путей общеобразовательного и трудового обучения.

Клинический психолог при проведении медико-педагогической экспертизы рассматривает следующие вопросы:

- причины неуспеваемости ребенка (отставание психического развития (F84.9) — олигофрения (F70–F79), астенизация вследствие перенесенных соматических заболеваний, своевременно нераспознанные процессуальные психические заболевания, педагогическая запущенность и т. д.);
- о степени и структуре психического снижения при выявлении дизонтогенеза. Ответ на этот вопрос позволяет указать на потенциальные возможности ребенка, соответствие этих возможностей требованиям массовой школы или целесообразности направления его в санаторную, вспомогательную школу, специализированное училище.

В проведении медико-педагогической экспертизы клинический психолог руководствуется рядом критериев, ведущими из которых являются:

- способность к научению, осмыслению и усвоению новых знаний и навыков, решению задач и формированию понятий;
- условия развития ребенка, микросоциальная среда, в которой он воспитывался, и особенности его поведения в различных социальных ситуациях;
- уровень знаний и навыков соответственно возрастному уровню развития, который должен оцениваться и интерпретироваться под углом зрения двух первых — качественного и социально-биографического — критериев.

Большое значение приобретает «обучающий эксперимент», основанный на учении Выготского о зонах ближайшего развития.

Для диагностики интеллектуальной недостаточности у детей могут применяться нестандартизированные и стандартизированные методики, в том числе Шкала интеллекта для детей Векслера.

Клиническому психологу отводится большая роль в обследовании так называемых трудных детей. Психолог участвует в решении комплекса задач. Прежде всего это определение причин эмоционально-поведенческих нарушений у детей и подростков (педагогическая запущенность (F84.9), акцентуации характера, психопатии (F60–F69), нервно-органические и психические заболевания, несвоевременно распознанные). Диагностика типов психопатии и акцентуаций характера может осуществляться с помощью «Патохарактерологического диагностического опросника для подростков» (Личко).

При проведении медико-педагогической экспертизы психологическое заключение содействует патогенетической и дифференциальной диагностике задержек умственного развития (F84.9) и эмоционально-поведенческих расстройств (F92), а также определению направленности лечебно-реабилитационных мероприятий, их соотношения с собственно педагогическими мерами. Общей задачей при этом является не только восстановление или улучшение отдельных психических функций, но и коррекция нарушенного развития ребенка или подростка в целом.

Участие клинического психолога в судебно-психиатрической экспертизе

Задачами экспериментально-психологического исследования при проведении *судебно-психиатрической экспертизы* являются дифференциальная диагностика, установление степени (глубины) снижения психики с учетом возможного установочного поведения испытуемого. В последнем случае может возникнуть задача дифференциации симуляции и аггравации от псевдодеменции (F68.1) и истинного слабоумия (F70–F79), истинной некритичности от симулятивного и диссимулятивного поведения (Кожуховская). Для диагностики установочного поведения предлагались различные приемы и условия проведения экспериментально-психологического исследования. Целесообразно применять комплекс методик, позволяющих обнаружить «неравномерность уровня достижений» с использованием параллельных по направленности методик. Блейхер указывает, что желательно пользоваться большим числом методик, располагаемых не по степени нарастания трудности заданий, а в произвольном порядке, и рекомендует проводить исследования повторно с интервалом в несколько дней.

Особое значение имеет деятельность психолога при проведении *судебно-психологической экспертизы*, в которой он выступает в самостоятельной роли эксперта (комплексная психолого-психиатрическая экспертиза). Сама возможность такой роли психолога в экспертизе обусловлена содержанием так называемой формулы невменяемости, одного из важнейших положений, лежащих в основе судебной психиатрии. Формула невменяемости включает два критерия — медицинский (биологический) и юридический (психологический). Содержание психологического критерия формулируется как способность испытуемого «понимать зна-

чение своих действий и ими руководить». Фелинская замечает, что в судебно-психиатрической экспертизе, особенно в случаях наиболее трудных пограничных состояний, правомерно и необходимо сочетание психопатологического и психологического анализа (которое неправильно трактуется как ненужная и даже вредная «психологизация»), учитывающего проявления психологической нормы. Для дифференциального диагноза следует найти границу между нормой, управляемой психологическими законами, и патологией, движимой психопатологическими закономерностями. Это требует знания всей истории формирования личности испытуемого, системы его жизненных отношений, ценностей, а также преимущественного способа реагирования в ситуациях нервно-психического напряжения.

Особенностью комплексной психолого-психиатрической экспертизы является и то, что психолог-эксперт нередко должен отнести результаты проводимого исследования к прошлому периоду, достаточно отдаленному от времени исследования. В таких случаях психолог предоставляет данные о том, как психологические особенности испытуемого могли повлиять на мотивы, понимание своих действий при совершении правонарушения, на поведение в той конкретной ситуации.

В ходе комплексной психолого-психиатрической экспертизы психолог тесно сотрудничает с психиатром и каждый из них решает в соответствии со своей компетенцией вопросы, ставящиеся судом и следствием. Подобная комплексная экспертиза проводится:

- при освидетельствовании несовершеннолетних, установлении возрастного ценза подростков в случае отставания психического развития от физического (значение этих вопросов возросло в связи с акселерацией);
- при отграничении психологических реакций от психогенных психотических, физиологического аффекта — от патологического;
- в геронтологической практике, например при составлении завещания, когда возникает вопрос о психическом состоянии инвалида и его дееспособности.

В случаях комплексной экспертизы психолог, разумеется, имеет равные права и несет те же обязанности, что и другие эксперты.

Судебно-психологическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых. Резкий рост подростковой преступности отмечают многие исследователи. Растет число общественно опасных деяний, совершенных детьми, не достигшими возраста уголовной ответственности; доля несовершеннолетних среди преступников увеличилась с обычных 8–12 до 16–18%, а по данным органов прокуратуры, около 50% из них страдают психическими аномалиями разного рода. В связи с этим кроме усиления прокурорского надзора предлагается создать психодиагностические центры для несовершеннолетних (Каневский).

Психологическая экспертиза имеет для подростков особое значение, так как только 4,4% несовершеннолетних, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, обнаруживают психотические расстройства, 44% имеют непсихотические расстройства психики, 51,6% страдают олигофренией (F70–F79) разной глубины, а девиантное поведение (F91) остальных протекает в рамках психического здоровья (Мохонько и др.).

В последнее время ряд авторов отмечает, что для части подростков с асоциальным и антисоциальным поведением характерны психические аномалии, не достигающие степени выраженной психопатологии. Такими отклонениями занимаются клинические психологи.

Основные проблемы, решаемые в судебно-психологической экспертизе несовершеннолетних (Васильева, Горьковая):

- уровень интеллектуального развития (соответствует ли развитие познавательных процессов абсолютной норме, пограничной умственной отсталости (F84.9) или олигофрении);
- уровень развития эмоционально-волевой сферы (чаще всего рассматривается проблема психического инфантилизма с психологической точки зрения и возраста достижения уголовной ответственности в юридическом плане);
- индивидуально-типологические особенности личности, т. е. юридически значимые характерологические свойства (склонность к фантазированию, повышенная внушаемость, лидерские тенденции, агрессивность) и социальные качества личности (общесоциальная ориентация, знание социальных норм, границ допустимого и недопустимого, способность применения этих знаний в реальном поведении, устойчивость функционирования этих норм у данного индивида и их проявление в ситуации общественно опасного деяния);
- судебно-психологическая экспертиза лиц с сенсорными дефектами (нарушения речи, слабовидящие, слабослышащие).

По содержанию этих проблем понятно, что при анализе психической деятельности несовершеннолетних желательно проводить комплексную судебно-психологическую экспертизу, в которой представлены специалисты разного профиля: судебно-медицинский эксперт, психолог и педагог (это может быть педагогический психолог, детский психолог или подростковый психолог в зависимости от конкретной задачи). Возможно участие судебно-медицинского эксперта-психолога и дефектолога соответствующего профиля. При выявлении в анамнезе подростка психотических эпизодов, тяжелых черепно-мозговых травм, многократных госпитализаций в психиатрическую больницу следует назначать комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

В последнее время стремительно растет количество как комплексных психолого-психиатрических, так и психологических судебных экспертиз. Если ранее подобный вид экспертизы был нестандартным, к нему эпизодически привлекались специалисты научных учреждений, а организационно-методические вопросы не являлись актуальными, то в настоящее время экспертиза эмоциональных состояний, например, стала проводиться часто.

Введение с 1 января 1997 г. нового Уголовного кодекса РФ предусматривает расширение проведения судебно-психологических экспертиз несовершеннолетних (практически во всех случаях). Введено понятие «ограниченной вменяемости», для квалификации которого требуется участие эксперта-психолога. Резко увеличено количество статей, учитывающих психологические параметры участников судебного процесса (беспомощное состояние, психологическая зависимость, моральное принуждение, мотивы, особенности личности).

Основываясь на опыте практической работы и проведения экспертиз разного типа, Васильева, Горьковая предлагают ориентировочные нормативы для работы эксперта-психолога в разных экспертных учреждениях. Компетенцию специалиста следует оценивать по характеру базового образования. Для эксперта-психолога это должен быть диплом высшего учебного заведения по специальности психолог или практический психолог, стаж практической работы в психиатрическом стационаре не менее 5 лет, повышение квалификации в соответствующих учреждениях.

По форме проведения очная экспертиза может быть стационарной и амбулаторной. При амбулаторной экспертизе возможности проведения полного психологического обследования крайне ограниченны, на практике проводится клинико-психологическое и неполное экспериментально-психологическое обследование. При хорошо подготовленном для экспертизы уголовном деле с четко очерченным клинически психологическим портретом испытуемого и небольшим объемом дела возможно получение достоверного заключения, которое будет подтверждаться даже в случае дополнительной экспертизы в стационаре. При стационарной экспертизе нет выраженных временны́х ограничений, есть возможность полного психологического обследования подэкспертного, привлечения необходимых специалистов (психиатра, невропатолога, электрофизиолога, дефектолога, сексопатолога, педагога, терапевта при решении вопроса о влиянии соматических заболеваний на психическое состояние).

Виды комплексных экспертиз зависят от профиля привлекаемых в соответствии с конкретными задачами специалистов. В настоящее время наиболее распространена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Могут быть комплексные психолого-дефектологические, психолого-педагогические, психолого-сексологические экспертизы, а также комплексные психологические экспертизы с привлечением психологов разного профиля.

Для судебно-медицинского эксперта-психолога необходимы знания в следующих областях наук:

- общая психология;
- клиническая психология;
- все виды возрастной психологии, где особенно важными являются детская и подростковая;
- социальная психология с акцентом на психологии малых групп;
- психиатрия (общая и частная психопатология);
- основы юриспруденции.

Таким образом, эксперт-психолог должен обладать навыком работы в психиатрическом отделении общего профиля, в подростковом отделении, желательно наличие детской психиатрической практики.

Этапы судебно-психологической экспертизы после получения постановления:

1. Первичная клинико-психологическая беседа с подэкспертным.
2. Изучение материалов уголовного дела.
3. Проведение базового обследования подэкспертного.

4. Прицельное тестирование подэкспертного в зависимости от результатов патопсихологического обследования:
   - при наличии органической нейродинамики и указаниях на очаговую неврологическую симптоматику может потребоваться полное нейропсихологическое обследование;
   - при наличии признаков дефектного интеллекта проводят полное психометрическое интеллектуальное исследование;
   - при отсутствии значительного снижения интеллекта используют стандартизованные личностные методики, а в отдельных случаях — и проективные;
   - при выявлении специфических нарушений мышления могут быть дополнительно применены личностные методики, и в дальнейшем подэкспертный подвергается психиатрической экспертизе.
5. Составление заключения эксперта-психолога по собранному материалу. В случае единоличного проведения судебно-психологической экспертизы в заключительной части акта дают ответы на все поставленные вопросы.

В случае стационарной или комиссионной амбулаторной экспертизы предварительное заключение докладывается на комиссии экспертов, которая принимает окончательное решение. После этого составляется комиссионный акт, в заключительной части которого должны быть даны ответы на все поставленные вопросы.

Из материалов приведенной главы следует, что, как и в других областях медицины и здравоохранения, отмечается возрастающая интеграция клинических психологов в экспертную практику. Иногда возникает вопрос о правомочности проведения самостоятельной судебно-психологической экспертизы клиническим психологом. В то же время очевидно, что качество экспертизы возрастает при совместном участии в ее проведении ряда специалистов, выбор которых определяется общей целью и конкретными задачами экспертизы.

Контрольные вопросы

1. При психодиагностической оценке характера предстоящей трудовой деятельности важным является указанное ниже, кроме:

❶ выносливости;

❷ утомляемости;

❸ лабильности волевого усилия;

❹ осведомленности.

2. При проведении медико-педагогической экспертизы клинический психолог руководствуется следующими основными критериями, кроме:

❶ способности к научению, осмыслению и усвоению новых знаний и навыков;

❷ уровня физического развития ребенка;

❸ условий развития ребенка, микросоциальной среды, в которой он воспитывался, особенностей его поведения в различных социальных ситуациях;

❹ уровня знаний и навыков, соответствующих возрастному развитию.

3. При проведении врачебно-трудовой экспертизы необходимо учитывать следующие особенности, отличающие ее от обычной лечебно-диагностической процедуры, кроме:

❶ установок эксперта, проводящего экспертизу;

❷ особенностей контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даче трудовых рекомендаций;

❸ установок представителей производственного коллектива;

❹ установок индивида, проходящего экспертизу.

Глава 20

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Общие принципы организации медико-психологической помощи

К лечебно-реабилитационному процессу в настоящее время все чаще привлекаются клинические психологи. По данным Государственной статистической службы Российской Федерации, в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, заняты более 3500 медицинских психологов, из них 1500 — в психоневрологических диспансерах (отделениях, кабинетах) и более 1200 — в психиатрических стационарах. На должности медицинских психологов принимаются клинические психологи, прошедшие дополнительную подготовку по медицинской психологии в учреждениях последипломного образования в здравоохранении — в Российской и Санкт-Петербургской медицинских академиях последипломного образования, на факультетах последипломного образования ряда медицинских вузов, в Учебном центре Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института и Институте психотерапии и медицинской психологии. Число должностей медицинских психологов за последние 5 лет увеличилось более чем в два раза, что отражает возросшую потребность системы здравоохранения в этих специалистах. Увеличение числа клинических психологов в психиатрической и психотерапевтической практике стало результатом роста влияния современной биопсихосоциальной концепции здравоохранения, хотя вне психиатрической и психотерапевтической служб численность психологов остается небольшой. По оценке некоторых специалистов, она не превышает 800 человек, занятых в реабилитационных центрах, научно-исследовательских учреждениях. Должности медицинских психологов вводят в штаты учреждений или подразделений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, при этом клинический психолог должен работать в тесном сотрудничестве либо с врачом-психиатром, либо с врачом-психотерапевтом. Эта практика оправ-

дывает себя, так как сама психологическая помощь ориентирована на работу с пациентами, страдающими психическими расстройствами, в том числе обусловленными соматической патологией.

Клинических психологов, обслуживающих одну территорию (район, город, область, край, республику), как правило, включают в систему охраны психического здоровья (психиатрия, психотерапия, наркология, сексология, кризисная помощь, нейрореабилитация) без образования самостоятельной службы. Методическое руководство деятельностью клинических психологов осуществляет главный психотерапевт субъекта Российской Федерации. Кроме того, в некоторых регионах методическое руководство работой психологов в лечебно-профилактических учреждениях осуществляет главный внештатный клинический психолог органа управления здравоохранением.

Основные подходы к организации медико-психологической помощи в целом соответствуют используемым при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи.

Принцип приближения психологической помощи к населению реализуется введением должностей медицинских психологов в психотерапевтических кабинетах лечебно-профилактических учреждений различного профиля, специализированных центрах, психотерапевтических отделениях многопрофильных больниц, специализированных медицинских центрах (кардиологических, пульмонологических, центрах СПИД и др.).

Принцип системности обеспечивается включением клинических психологов в бригады специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Принцип непрерывности предполагает участие клинического психолога в ведении пациента на всех этапах лечебно-диагностического процесса и проявляется в реализации различных медико-реабилитационных мероприятий.

Системообразующий фактор участия клинического психолога в деятельности лечебного профилактического учреждения — расположение его рабочего места в учреждениях (центрах) и подразделениях психотерапевтической службы (в психоневрологическом и наркологическом диспансерах, психиатрическом и наркологическом стационарах, подразделениях кризисной службы). Рабочим местом клинического психолога может быть психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, региональный психотерапевтический центр, внебольничные учреждения психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб. Рабочее место (лаборатория, кабинет) клинического психолога организуется также в кабинетах психологической разгрузки медико-санитарных частей, кабинетах социально-психологической помощи, психологических консультациях, психотерапевтических клубах и клубах бывших пациентов, психотерапевтических студиях.

Клиническая психология в Российской Федерации за последние годы получила значительное развитие как самостоятельная немедицинская специальность в рамках системы здравоохранения. В становлении клинической психологии как специальности с собственными научными, организационными и методическими подходами большую роль сыграло ее признание профессиональными (психотерапевтическим и психиатрическим) сообществами. Клиническая психология по-

нимается сегодня как психологическая специальность, связанная с психиатрией, психотерапией, нейрореабилитацией, восстановительным обучением. Ее формирование происходит на границе медицины с прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

Период включения клинической психологии в систему здравоохранения в качестве неотъемлемой части лечебно-профилактической и реабилитационной помощи близится к завершению. Современные исследования показывают, что практически во всех областях медицины можно выделить психологический аспект этиопатогенеза для обеспечения эффективного лечения при всех заболеваниях. Клиническая психология за несколько десятилетий прошла путь от вспомогательной дисциплины, предоставляющей врачу психологические данные результатов экспериментально-психологического исследования для уточнения психиатрического диагноза, для оказания помощи врачу-неврологу в топической диагностике, до признания ее важной составляющей всей комплексной медицинской помощи, включающей уникальные возможности диагностики, лечения и профилактики.

В настоящее время можно считать законченными споры о том, что важнее для работы психолога в здравоохранении — психодиагностика или психотерапия. С формированием клинической психологии как целостной научной и практической дисциплины, в равной мере оперирующей психологическими знаниями для психологического изучения личности больного человека и оказания психологической помощи, становится все более ясным ее значение на всех этапах профилактики, лечения и реабилитации.

Роль психологии в здравоохранении соответствует ее задачам, которые она решает в конкретных социальных и культурных условиях современной России. Социально-экономические проблемы на этапе реформирования государства, переживаемые каждым гражданином, только усиливают значение клинической психологии как области науки и практической деятельности, способной в возможной для медицинской практики мере оказать влияние на негативные последствия трудностей, переживаемых личностью, семьей и обществом, нацеливают организаторов здравоохранения на скорейшее внедрение в практику оправдавших себя теоретических и практических достижений психологических наук.

Развитие отечественной психологической базы в здравоохранении во многом определяется Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». На правовом уровне закреплено развитие гуманного отношения общества и государства к психически больному человеку, что фактически способствует интеграции психологии в здравоохранение. Большое значение для развития клинической психологии как специальности здравоохранения имели федеральная и региональные целевые программы, которые включали меры по улучшению подготовки специалистов, принимающих участие в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, в организации психотерапевтических подразделений, региональных психотерапевтических центров. Заметный сдвиг в развитии медико-психологической службы в педиатрии наметился после создания Координационного совета Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в лечебно-профи-

лактических учреждениях детства и родовспоможения (Указание Минздрава от 12 февраля 2002 г. № 202-у). Он способствовал созданию программ подготовки специалистов по детской медицинской психологии и в ряде регионов — созданию детской медико-психологической службы (Краснодарский край, Тюменская область). Фактически в число таких специалистов наряду с врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и специалистом по социальной работе был включен клинический психолог. Региональные программы стали традиционным инструментом развития отечественной психиатрии. В действующих федеральной и региональных программах формулируются цели и задачи всестороннего развития психологического звена в здравоохранении. Важную роль сыграло привлечение Минздравом России большого круга организаторов, ученых и практиков в области клинической психологии для разработки стратегии развития специальности и экспертизы проектов директивных и методических документов. Результатом усилий, предпринятых в том числе Федеральным центром по психотерапии и медицинской психологии и Российской психотерапевтической ассоциации, стала серия приказов Минздрава России, определяющих направления и условия развития отечественной клинической психологии.

Приказом от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» определены штаты врачей-психотерапевтов, клинических психологов и специалистов по социальной работе в психиатрических учреждениях. Включение их в работу психиатрических учреждений способствовало значительной гуманизации психиатрической помощи, созданию предпосылок для внедрения в широкую лечебную сеть бригадного подхода к организации психотерапевтического процесса.

В Приказе Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 438 — Положения об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, психотерапевтического кабинета и психотерапевтического отделения, штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета и отделения, перечень оборудования. То же самое — положение, штатное расписание, перечень оборудования — для психотерапевтического центра. Согласно приказу, указанные подразделения могут быть развернуты практически в любом узкоспециализированном или многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. В каждом психотерапевтическом кабинете предполагается должность медицинского психолога, в каждом стационарном отделении должность медицинского психолога предусматривается из расчета один специалист на 20 коек.

В Приказе Минздрава России от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» приводятся требования к непрерывной профессиональной подготовке медицинских психологов, а также методические рекомендации по взаимодействию основных специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе, в том числе врача-психотерапевта и медицинского психолога.

Важную роль для развития психологического звена в здравоохранении играет постепенное уравнивание медицинских психологов и врачей в правах на льготы

по оплате труда (Письмо Минздравсоцразвития России от 16 декабря 2008 г. № 9858-Вс).

Определенную роль в развитии организационных основ современной клинической психологии в стране играет деятельность Координационного совета по клинической психологии Минздрава России. Координационный совет введен Приказом Минздрава России от 26 марта 1999 г. № 101, которым утверждено Положение о деятельности совета. Координационный совет, включающий известных ученых, педагогов, практиков и организаторов в области клинической психологии (в том числе представителей Министерства образования и Министерства труда и социального развития), возглавил разработку перспективных направлений развития клинической психологии и определил объем и содержание деятельности клинических психологов. В частности, Координационный совет разработал образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности «клиническая психология», принял решение о возможности подготовки клинических психологов на специальных факультетах высших образовательных медицинских учреждений. Острая проблема нехватки клинических психологов без реализации этого решения не может быть разрешена в связи с тем, что традиционная форма подготовки психологов для здравоохранения на психологических факультетах нескольких государственных университетов не позволяет подготовить необходимое число специалистов. По данным на 2009 г., факультеты клинической психологии трех университетов — Московского, Санкт-Петербургского и Ярославского — ежегодно выпускали не более 150 клинических психологов при общей потребности здравоохранения 7–9 тыс. таких специалистов. Позитивный опыт решения проблемы есть в Архангельской государственной медицинской академии. Создание факультетов клинической психологии более чем в 10 медицинских вузах позволит также решить задачу адаптации психолога к потребностям здравоохранения, подготовка в одном вузе с врачами позволит оптимизировать будущую совместную деятельность.

Опыт работы клинических психологов в учреждениях психотерапевтической и психиатрической служб был использован в других областях здравоохранения. Приказом Минздрава России от 6 мая 1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» определена организация помощи лицам с кризисными расстройствами и суицидальным поведением. В нем, в частности, даны штатные нормативы медицинского и иного персонала подразделений суицидологической службы, введены в практику Положения об отделении «Телефон доверия», о кабинете социально-психологической помощи, об отделении кризисных состояний. Главная роль в работе этих служб с обратившимися в них людьми отводится клиническому психологу.

Приказом от 17 декабря 1997 г. № 373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальныхработников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)» приняты нормативы для подготовки специалистов в области наркологии, в том числе психологов. Приказ от 18 марта 1997 г. № 76 «О наркологических реабилитационных центрах» предполагает развитие специализированных наркологических реабилитационных центров, в работе которых уча-

ствует клинический психолог. Приказ Минздрава России от 28 декабря 1998 г. № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций» — специальный нормативный документ, позволяющий повысить эффективность деятельности клинического психолога в области лечебно-восстановительного обучения и психологической помощи пациентам, которые перенесли нейротравмы, страдали острыми сосудистыми мозговыми расстройствами и другими нарушениями мозговых функций.

Приказом Минздрава РФ от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям» предусмотрена организация отделений и кабинетов медико-социальной помощи в детском амбулаторно-поликлиническом учреждении. В соответствии с Приказом в состав отделения или кабинета может быть введена должность психолога, который наряду с оценкой психологического статуса и адаптации к обучению занимается психолого-педагогической коррекцией учащихся.

Концепция совершенствования комплексной медицинской и психологической помощи, отраженная в перечисленных документах, включает в себя:

- разработку образовательных стандартов и требований к подготовке клинических психологов;
- определение системы образовательных учреждений, проводящих базовую подготовку и последипломное обучение клинических психологов;
- обеспечение условий взаимодействия клинических психологов с другими специалистами, оказывающими психотерапевтическую, психиатрическую, наркологическую, кризисную, сексологическую и логопедическую помощь;
- оснащение рабочих мест клинического психолога;
- технологическое единство и преемственность деятельности клинического психолога в структуре медицинской помощи.

В настоящее время организация работы клинических психологов предусматривает соблюдение следующих нормативов (на основании Приказа Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»). Открытие психотерапевтических кабинетов:

- один кабинет на 25 тыс. взрослого населения
- и один кабинет на 12 тыс. детского населения.

В этих кабинетах введены штатные должности медицинских психологов из расчета по одному на кабинет. При расчете потребности в клинических психологах, например на население Санкт-Петербурга (численность около 4,5 млн человек), для организации психотерапевтических кабинетов только в общесоматических поликлиниках следует планировать привлечение не менее 180 клинических психологов, а с учетом обеспечения клиническими психологами других амбулаторных профильных центров, общесоматических и психиатрических клиник это число увеличивается до 700–800. И это потребность одного, хотя и большого, города. Напомним, что во всей Российской Федерации в настоящее время работает чуть более 1800 специалистов.

Должности медицинских психологов предусмотрены, кроме того, и в специализированных стационарных психотерапевтических отделениях, которые создаются из расчета один специалист в отделении на 50–60 коек, которое планируется на 200 тыс. взрослого населения.

Это значительно приближает квалифицированную психотерапевтическую помощь к населению, а обеспеченность кадрами — клиническими психологами и социальными работниками — создает предпосылки к интеграции психологической и социальной помощи в традиционную для России медицинскую модель здравоохранения. Активная разработка бригадной модели оказания психиатрической и психотерапевтической помощи, основанной на принципах организации терапевтической среды, терапевтического сообщества и более современных их форм (на базе концепции «терапевтического поля»), позволила не только внедрить в общемедицинскую практику психотерапевтическую и психиатрическую помощь, но также приблизить психологическую и социальную работу к населению за счет создания в психоневрологических диспансерах, поликлиниках и многопрофильных больницах психотерапевтических кабинетов.

Специальное исследование показало, что материально-техническая база, необходимая для работы клинических психологов в психотерапевтической службе, постепенно улучшается. Несмотря на трудное экономическое положение учреждений здравоохранения, треть психотерапевтических кабинетов приближается к стандарту, предусматривающему включение в состав психотерапевтического кабинета помещений для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинета клинического психолога и социального работника. В большинстве случаев психотерапевтические кабинеты располагают помещениями, персональными компьютерами, аудиосистемами, т. е. необходимыми условиями для оказания эффективной помощи пациентам. Важным показателем является рост числа психотерапевтических кабинетов в многопрофильных больницах и профильных медицинских центрах, что указывает на оправдавшую себя стратегию приближения к населению реальной системы охраны психического здоровья.

В здравоохранении активно осваиваются новые формы организации психотерапевтической помощи. Увеличилось число психотерапевтических стационарных отделений — специализированных подразделений больничных учреждений, где психотерапия играет ведущую роль в лечении и применяется в сочетании с другими методами. Увеличилось число психотерапевтических отделений в многопрофильных больницах и психиатрических стационарах. Многие из этих отделений становятся базой для подготовки врачей-психотерапевтов, клинических психологов и других специалистов, участвующих в оказании психотерапевтической помощи. Признаком интеграции психотерапевтической помощи в различные области медицинской практики является расширение спектра стационарных подразделений больниц, использующих психотерапию в лечении невротических и психосоматических расстройств.

Крупные лаборатории клинической психологии, число которых возрастает, создаются в региональных психотерапевтических центрах. Эти специализированные учреждения не только оказывают сложную психотерапевтическую и психологическую консультативную помощь населению на территории обслуживания, но

и формируют систему оказания этих видов помощи. Они осуществляют координацию деятельности всех психотерапевтических подразделений на основе современных технологий и экономических стандартов, что способствует дальнейшей интеграции психотерапевтической и психологической помощи в развивающиеся системы здравоохранения.

Увеличивается число клинических психологов в психиатрических и наркологических стационарах и диспансерах.

Одной из отличительных характеристик специалистов в области психотерапии является их активное стремление к созданию профессиональных объединений. Наиболее крупное из них — Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА), в составе которой насчитывается 47 региональных отделений и более 600 специалистов, занимающихся различными видами психотерапии. Работа РПА способствует координации усилий профессионального психотерапевтического сообщества по подготовке, поддержке и защите интересов специалистов, улучшению качества организации психотерапевтической помощи в регионах. Примерно 20% членов РПА составляют клинические психологи, работающие в психотерапевтических учреждениях.

Работа клинического психолога в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь

Структура психиатрической помощи в Российской Федерации включает в себя амбулаторную сеть, главным звеном которой являются психоневрологические диспансеры, сеть психиатрических стационаров, полустационарные подразделения, а также профильные научно-исследовательские учреждения (НИИ).

Основные направления работы клинического психолога — психодиагностика, психокоррекция и участие в психотерапевтическом процессе.

Диагностическое направление работы клинического психолога определяется задачами и спецификой лечебно-профилактической деятельности психиатрического учреждения.

Одна из важных задач клинического психолога проведение психодиагностики и дифференциальной клинической диагностики. В общем виде задачи психодиагностической деятельности состоят в том, что клинический психолог принимает участие в установлении функционального диагноза пациентам, получающим психиатрическую помощь. В реальной ситуации вследствие недостаточного числа клинических психологов углубленное психодиагностическое обследование проводится при возникновении затруднений в установлении врачебного диагноза. Разработаны схемы, по которым проводится клинический патопсихологический эксперимент. Очевидно, что с развитием и проникновением психологических технологий в лечебно-диагностический процесс совершенствуются и алгоритмы патопсихологического исследования. Важным требованием к обеспечению качества этой стороны деятельности клинического психолога является его сотрудничество с врачом-психиатром, когда последний ставит перед психологом задачу психо-

логической дифференциальной диагностики. Наиболее часто перед психологом ставят вопросы дифференциальной психологической диагностики при непсихотических, личностных (F60-F69), эндогенных шизотипических (F20-F29) и депрессивных расстройствах (F30-F39), а также вопросы, связанные с уточнением роли органического фактора при установлении механизмов возникновения и развития заболевания.

Для улучшения взаимодействия врача и клинического психолога при проведении дифференциально-диагностического патопсихологического исследования в настоящее время предлагают программы совместного обучения врачей и психологов. Таким образом достигается понимание врачом предмета, принципов и задач психологической диагностики, а психологом — их отличия от принципов и задач клинической диагностики, проводимой врачом. Обеспечивается ознакомление с предписаниями создателей психологических тестов, с новыми методами психологической диагностики, повышение уровня подготовленности специалистов по существующим методам психологической диагностики. Предполагают, что совместное обучение врачей и психологов будет способствовать их лучшему взаимопониманию между ними, более точному определению целей, задач и возможностей использования психологических и клинических данных при установлении клинического и функционального диагноза.

Другой задачей психодиагностического исследования является определение особенностей и степени нарушений психической деятельности. Для конкретного лечебно-профилактического учреждения устанавливается стандарт качества оказания лечебно-профилактической и реабилитационной помощи, что в полной мере возможно лишь при оптимальной оснащенности кадрами и создании необходимых условий для проведения лечения. Без учета психологических данных, отражающих степень нарушения психических функций и сохранных сторон психики, невозможна разработка патогенетически-ориентированных индивидуальных программ профилактики и терапии, особенно в условиях создания бригадного подхода к оказанию психиатрической помощи.

В настоящее время для установления функционального диагноза принята обязательная оценка следующих факторов психического функционирования:

- внутренней картины болезни;
- отношения к болезни и ее прогнозу;
- отношения к лечению;
- наличия дезадаптирующих интрапсихических конфликтов;
- социальной компетенции;
- особенностей сексуальной сферы;
- вторичных поведенческих ограничений;
- личностных отклонений, влияющих на возможности лечения;
- ролевых нарушений;
- внешних факторов функциональной недостаточности;
- источников трудностей и степень дезадаптации в сферах социального функционирования.

Оценка стойкости терапевтической ремиссии невозможна без проведения «срезов» психологических характеристик на этапах лечения и реабилитации в стационаре и полустационаре, а также на этапе последующего диспансерного наблюдения. Возможность лечебно-профилактического учреждения ставить соответствующие задачи перед психологом во многом определяет перспективы реабилитации и адаптации пациентов после проводимого лечения, прогнозирования качества ремиссии и качества жизни.

Патопсихологические исследования восстановления работоспособности являются необходимыми условиями для разработки научно обоснованных трудовых рекомендаций, выработки мер по предупреждению снижения или утраты трудоспособности, а также определения роли и места психологической помощи в системе мер психосоциальной реабилитации.

Психокоррекционное и психотерапевтическое направления в работе клинического психолога в психиатрических учреждениях требуют решения ряда специфических задач конкретного подразделения. В последнее время в связи с развитием бригадной модели оказания психиатрической помощи психолог играет все более активную роль в обеспечении собственно терапевтических возможностей психиатрической службы. Основные задачи этого рода деятельности клинического психолога на основе функционального или многомерного диагноза:

- проведение психокоррекционных мероприятий для подготовки пациента к участию в лечебно-реабилитационном процессе;
- осуществление мероприятий, облегчающих установление контакта врача-психиатра с пациентом;
- начиная с самых ранних этапов лечения — создание условий для позитивного влияния семьи пациента и ее участия в процессе психотерапии, а также для привлечения к процессу терапии психосоциального потенциала ближайшего окружения больного;
- повышение степени удовлетворения пациента; коррекция внутренней картины болезни и отношения к болезни.

Для реализации этих задач психолог совместно с другими специалистами бригады, в первую очередь с врачом-психотерапевтом, применяет адекватные методы индивидуальной, семейной и групповой работы.

Системное психологическое обслуживание лечебно-диагностического процесса в психиатрическом учреждении включает разработку психологических технологий, в которых должны быть учтены все факторы, влияющие на лечение. В первую очередь учитываются психологическая специфика социально-психологического климата и его влияние на процесс лечения. В условиях психиатрического стационарного и даже амбулаторного учреждения уделяют внимание созданию терапевтической среды и терапевтического сообщества — лечебной системы. Большое значение для того, чтобы подобные терапевтические системы оказывали позитивное влияние, имеет специальная подготовка всего медицинского персонала, его способность своими действиями усиливать терапевтический потенциал используемых лечебных факторов. Роль терапевтического сообщества и терапевтической среды особенно возрастает при организации работы психотерапевтических отделений психиатрических стационаров.

Особенности организации работы клинического психолога в реабилитационных центрах (отделениях) психиатрической службы

Важной составной частью работы психолога в учреждениях психиатрического профиля является его участие в реабилитационных мероприятиях. В ряде психиатрических клиник они проводятся в специальных реабилитационных центрах, комплексах, отделениях восстановительной терапии.

Содержание и объем работы психолога в реабилитационных подразделениях обусловлены конкретным содержанием реабилитационных программ, в которых медикаментозная терапия, психотерапия, психологическое воздействие и формирование социально-трудовых навыков составляют единое целое и способствуют конечной цели — возвращению больного в общество.

Итогом реабилитации должна стать перестройка структуры личности больного. Это конечная цель всех реабилитационных программ. Важным их элементом становятся современные модели терапии занятостью, одним из вариантов которой на более поздних этапах реабилитации является трудовая терапия. Тактика трудовой терапии на каждом этапе реабилитации варьирует и разрабатывается специалистами совместно. В состав бригады в настоящее время входят врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, специалист по социальной работе, специалист по трудотерапии, а также инструкторы по труду, социальные работники, медицинские сестры. На заключительных этапах реабилитации — этапах так называемой пробной социализации — актуализируется влияние производственных коллективов, общежитий для лиц, утративших социальные связи, клубов бывших пациентов.

На первом, медицинском, этапе реабилитации реализуются психосоциальные методы воздействия в сочетании с лечебными программами, в том числе с применением биологических методов лечения. Этот этап чаще осуществляется в условиях стационарных (терапевтических) отделений.

Совместные усилия психолога и других участников терапевтической бригады направлены в первую очередь на профилактику явлений «госпитализма», ограничения взаимоотношений пациента с социальным окружением, на сохранение и восстановление социального функционирования пациента.

На данном этапе психолог проводит обследование больного при выходе его из острого состояния, используя экспериментально-психологические методы, в частности метод динамического наблюдения для изучения характера участия пациента в лечебных и социально-реабилитационных мероприятиях, изучает анамнез, в том числе и профессиональный, знакомится с характером семейно-супружеских отношений. Проводится «первый срез» личности больного, выявляются нарушенные и сохранные стороны личности, интересы, сфера потребностей и структура мотивации, система отношений, познавательные возможности. Разрабатывается индивидуальная программа реабилитации с учетом клинической картины, культурного уровня, интересов, личностных особенностей, профессиональных навыков, достижений и предпочтений.

Основное воздействие на этом этапе работы — медицинское, поэтому психолог уделяет особое внимание осознанному участию пациента в процессе терапии. Формы трудотерапии и терапии занятостью на этом этапе имеют менее дифференцированный характер, хотя их значение трудно переоценить, поскольку раннее включение пациента в терапию занятости и трудовую терапию способствует предупреждению психологических эффектов его изоляции, формирования рентных установок и деструкции социально-культурного мировосприятия. Наблюдение за пациентом на этом этапе реабилитации позволяет охарактеризовать внепрофессиональные параметры деятельности больного: общую активность, критичность, устойчивость внимания и характеристики мотивационной сферы.

Психокоррекционная деятельность психолога включает в себя поведенческий тренинг в сочетании с реализацией несложных социально-ориентированных заданий, одним из воздействий которых являются эмоциональная поддержка и демонстрация успеха для исключения негативных эмоций в процессе терапии занятостью и трудовой терапии.

Главным психологическим критерием успешного завершения первого этапа реабилитации считается появление у пациента положительного эмоционального отношения к общению с другими пациентами, к терапии занятостью и трудовой терапии.

Второй этап реабилитации проводится на базе лечебно-трудовых мастерских, центров профессиональной адаптации и в рамках «производственного труда». Основная задача — возвращение больного к организованному профессиональному труду и подготовка его к самостоятельной жизни.

Трудовая терапия и терапия занятостью на этом этапе предусматривают формирование критического отношения к себе и своим возможностям, социально-трудовой оценки своей личности, установок, целей и отношений. Восстанавливается способность к сотрудничеству, постановке личностных задач, формируется трудовая перспектива.

Совместно с другими специалистами бригады, в том числе со специалистами по трудовой терапии, клинический психолог разрабатывает рекомендации по профессиональной переориентации пациента в соответствии с его личностными и функциональными возможностями, профессиональной подготовкой и жизненным опытом.

Мероприятия по профессиональной переориентации должны учитывать данные клинико-психологического обследования пациента, динамику его социально-трудового восстановления, в которых отражается не только степень сохранности трудовых установок и интересов, критичность, структура внутренней картины болезни, его личностная активность, но также понимание пациентом показаний и противопоказаний к профессиональной деятельности на том или ином уровне.

На данном этапе реабилитации результаты экспериментально-психологического обследования пациента дополняются сведениями о его работе в условиях лечебно-трудовых мастерских, об участии в социотерапевтических мероприятиях, терапии занятостью, об отношении семьи к перспективам трудовой деятельности, о ресурсах профессиональной и социальной поддержки пациента. Анализ содержания структуры и динамики мотивов деятельности пациента нацелен на переход этой деятельности к сознательно регулируемой.

Индивидуальная программа реабилитации включает психокоррекционные мероприятия, предусматривающие ориентацию пациента на адекватные социальные отношения и профессиональную деятельность.

Главным психологическим критерием успешного завершения второго этапа реабилитации считают появление у пациента устойчивой потребности в межперсональном общении, осознание и принятие им плана трудового устройства, осознание необходимости включения в трудовую деятельность.

Третий этап реабилитации (заключительный) предполагает проведение комплекса мер, направленных на включение пациента в самостоятельную жизнь и самостоятельный труд в индивидуально созданных или обычных условиях профессиональной деятельности.

Для решения этой задачи, особенно при заболеваниях, сопровождающихся значительными изменениями личности и снижением возможностей социально-трудовой адаптации, предусматривается создание специальных общежитий для проживания пациентов, выписанных из психиатрических стационаров и лишенных возможности самостоятельного проживания и трудового устройства. Для бывших пациентов психиатрических клиник и инвалидов по психическим расстройствам предусматривается организация специальных рабочих мест.

Психолог и реабилитационная бригада выступают в ряде случаев в качестве посредника между больным и его обычным социальным и профессиональным окружением. Благодаря активному участию в общении и труде жизнь и деятельность каждого пациента приобретают социально значимый характер.

Для обеспечения этого процесса психолог проводит психологический анализ участия пациента в социальной и профессиональной деятельности, учитывает индивидуальные профессиональные усилия, способствует установлению оптимального баланса возможностей пациента и требований к нему со стороны социального окружения. Для дальнейшего формирования у пациента устойчивой профессиональной мотивации психолог привлекает социальное и профессиональное его окружение; осуществляет тренинг психологических навыков, необходимых в профессиональной деятельности и межперсональном взаимодействии, используя богатый арсенал современных поведенческих и коммуникативно-ориентированных приемов психологического воздействия.

В комплексе мотивов жизнедеятельности материальная заинтересованность используется для развития системы мотивации, формирования целей, направленных не только на социальную адаптацию, но и на социальную успешность. Для реализации плана реабилитации клинический психолог привлекает арсенал средств экзистенциальной психологии и психотерапии, позволяющих последовательно учитывать важнейшие сферы человеческой уникальности, возможности самоактуализации, партнерства, чувственных и близких отношений.

Большое значение имеет формирование (восстановление) эстетической мотивации профессиональной деятельности. Во взаимодействии с пациентом психолог стимулирует проявления его творчества и инициативы.

Еще одной стороной более полной социально-трудовой адаптации пациента является работа по изменению общественного мнения о нем у здорового микросоциального окружения. Психологический аспект этой проблемы заключается

в целенаправленной работе с окружением пациента по изменению системы доминирующих житейских отношений и преодолению предрассудков в отношении психических расстройств и психически больного человека. На конкретных примерах разъясняются характер поведения и особенности личностного реагирования пациента, подчеркиваются возможные ресурсы ближайшего окружения пациента в его социальной поддержке.

Таким образом, к практическим задачам деятельности клинического психолога в реабилитационном центре или отделении относятся:

- экспериментально-психологическое обследование пациентов в целях дифференциальной диагностики, прогноза и разработки перспектив терапии и социально-трудовой реабилитации;
- экспериментально-психологическое обследование с целью объективизации динамики психологической составляющей состояния пациента для учета предпосылок эффективности социально-трудовой реабилитации;
- экспериментально-психологическое обследование с целью оценки степени и структуры нарушений психического функционирования при проведении социально-трудовой реабилитации;
- психологический анализ особенностей семейной жизни;
- проведение психокоррекционных мероприятий на различных этапах реабилитационного процесса для реализации лечебно-реабилитационных режимов, направленных на профилактику психологических последствий перенесенного психического расстройства, преодоление изоляции, явлений госпитализма, развитие навыков взаимодействия, целеполагания, формирования жизненной перспективы;
- психологическое воздействие с целью оптимизации семейно-супружеских отношений;
- психологическая работа с микросоциальным окружением пациента на различных этапах реабилитации;
- формирование и актуализация социально-трудовых возможностей, их осознание пациентом, выбор направления социальной и профессиональной адаптации.

Организация психологической помощи в психиатрических учреждениях

Работа клинического психолога в психиатрическом учреждении (подразделении) включает участие в бригаде, оказывающей психиатрическую помощь. Для этого определяются индивидуальные задачи клинического психолога в бригадном взаимодействии (сессиях бригадного взаимодействия), а также цели и задачи психодиагностической, психокоррекционной индивидуальной, семейно-супружеской и групповой работы, мероприятия по комплексному обеспечению лечебно-диагностического процесса. В графике работы клинического психолога предусматрива-

ется его работа с микросоциальным окружением пациентов в условиях пребывания в психиатрическом учреждении и вне его (в клубе бывших пациентов), а также мероприятия по оптимизации всего процесса лечения.

Экспериментально-психологическое обследование, результаты наблюдения за пациентом протоколируются, копии протоколов хранятся у клинического психолога, а подлинники приобщаются к истории болезни.

На основании анализа полученных клиническим психологом данных экспериментально-психологического обследования и наблюдений составляется заключение, в котором отражается совокупность познавательных, мотивационных и поведенческих характеристик психической деятельности пациента с обязательным описанием сохранных сторон психической деятельности, формулируются предложения по проведению лечебно-реабилитационных мероприятий. В заключении обосновывается необходимость психокоррекционной и консультативной деятельности психолога с пациентом, его семьей и социальным окружением и дается общий план такой деятельности, предусматривается направление психологической работы с медицинским и другим персоналом учреждения.

Заключение психолога обсуждается на заседании бригады, после чего составляется комплексная программа терапии и реабилитации пациента. Программа утверждается руководителем бригады — врачом.

В настоящее время для организации психологической помощи используются две модели.

Модель 1. Клинические психологи, как правило, включены в состав персонала отделений психиатрических стационаров и психоневрологических диспансеров. В таких случаях административно они подчинены руководителю отделения. Таким образом обеспечивается большее внимание к пациенту, страдающему психическим расстройством, лучший контакт с медицинским персоналом. *Недостатки* данной модели состоят в следующем. При существующей традиционной системе подготовки врачей-психиатров роль клинического психолога, работающего в коллективе отделения, нередко сводится к психодиагностике, а врачи (руководители бригады) не склонны привлекать клинического психолога ко всем терапевтическим и реабилитационным мероприятиям. При таком подходе становится практически невозможной разработка интегрированных форм ведения пациента.

Модель 2. Более современной моделью организации работы клинических психологов в психиатрическом учреждении является создание специального психологического подразделения — кабинета или лаборатории клинической психологии. Недостаток подобной модели заключается в сложности интеграции клинического психолога в работу психиатрического отделения, однако наличие кабинета клинической психологии позволяет сделать работу клинического психолога в целом более рациональной, объединить усилия и вместе с тем индивидуализировать профиль работы психологов учреждения, число которых пока не соответствует тому, что предусмотрено нормативами. Существенным фактором психологического обеспечения лечебно-диагностического процесса при этой модели организации психологической помощи оказывается статус руководителя психологического подразделения, кабинета или лаборатории.

Работа клинического психолога в учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь

Психотерапевтическая помощь имеет этапную организацию, в соответствии с которой несколько отличаются и задачи ее психологического обеспечения, в целом соответствующие целям и направлениям работы клинического психолога в системе психиатрической помощи.

Наиболее распространенной моделью психотерапевтической помощи пациентам с неврозами (F40–F48) и другими непсихотическими психическими расстройствами является психотерапевтический кабинет первичного звена медицинской помощи — поликлиники. По результатам специальных исследований, у неврологов в поликлиниках лечится 49–57% больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи, у участковых врачей-терапевтов — 34–47%.

Психологическая помощь, оказываемая в поликлиниках, имеет свои особенности, к которым относятся:

- необходимость быстрого установления контакта между врачом и пациентом;
- использование краткосрочной и интенсивной психотерапевтической помощи с преобладанием рациональной психотерапии и косвенного внушения;
- сочетание психотерапии с другими видами лечения;
- большая доля пациентов с так называемыми психосоматическими расстройствами и непсихотическими формами депрессивных расстройств.

С увеличением числа подготовленных врачей-психотерапевтов и признанием важности роли психотерапевтического кабинета поликлиники в качестве одного из основных элементов в структуре психотерапевтической службы значительно расширяется спектр используемых психотерапевтических методов, развиваются бригадные технологии оказания психотерапевтической помощи. К задачам психологического обеспечения работы психотерапевтического кабинета поликлиники относится и углубленное психодиагностическое обследование пациентов с целью обеспечения дифференциальной клинической диагностики, особенно в случаях так называемой экспресс-диагностики.

Подобные задачи могут выполнять психотерапевтические кабинеты медико-санитарной части промышленного предприятия, стационаров гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического профиля, отделения ВИЧ-инфекции, венерологического стационара, а также психотерапевтические кабинеты многопрофильных больниц. Важную роль при оказании психотерапевтической помощи играет психотерапевтический кабинет психоневрологического диспансера. При сходстве функций психотерапевтических кабинетов различных лечебно-профилактических учреждений в таких кабинетах психоневрологических диспансеров проводят лечение пациентов с более тяжелыми психическими расстройствами, в том числе пациентов с пограничной патологией, сопровождающейся более выраженными, чем у пациентов поликлиник, психопатологическими расстройствами. В соответствии с этим увеличивается доля психодиагностической работы клинического психолога по сравнению с долей психокоррекционных меропря-

тий и психологического обеспечения лечебно-диагностического процесса, который протекает легче, если врач-психотерапевт и социальный работник имеют психологическую подготовку.

Следующее звено психотерапевтической помощи — стационарные и полустационарные психотерапевтические отделения, в том числе специализированные стационарные отделения для лечения неврозов. Такие отделения могут создаваться на базе многопрофильных и психиатрических больниц, стационаров, психоневрологических диспансеров. Их задача — проведение интенсивной психотерапии пациентов с хроническими тяжелыми формами невротических расстройств, непсихотическими психическими расстройствами при органических заболеваниях головного мозга, пациентов, для которых повседневное социальное окружение служит условием декомпенсации и эмоционального стресса настолько, что это делает затрудненной или почти невозможной их амбулаторную психотерапию. В таком отделении в основном используют личностно-ориентированные методы, в частности личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Предполагается значительная интенсификация лечебного процесса в сравнении с тем, который осуществляется амбулаторно. Пребывание пациента в отделении в течение дня или части дня позволяет организовать работу отделения таким образом, что практически все проводимые мероприятия будут психотерапевтическими. При этом нередко стирается грань между социотерапевтическим и собственно психотерапевтическим воздействием, а мотивация побуждения пациентов к участию в психотерапии оказывается обусловлена эффективностью специфических и неспецифических мероприятий. В отделениях используются различные виды групповой психотерапии, в проведении которой психолог принимает даже более активное участие, чем врач-психотерапевт. К специфике деятельности современного психотерапевтического отделения относят:

- проведение комбинированного лечения, преимущественно основанного на методах психотерапии;
- организация психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества;
- создание интегративных психотерапевтических программ на основе бригадного взаимодействия и модели «терапевтического поля».

Психотерапевтические отделения, создаваемые в лечебно-профилактических учреждениях, различаются спецификой контингентов обслуживаемых пациентов.

В качестве особого звена психотерапевтической помощи выступают психотерапевтические центры. Эти учреждения осуществляют разнообразные виды психотерапевтической помощи, имеют кабинеты, специализирующиеся на проведении более сложных видов психотерапии (амбулаторной, групповой, семейной, помощи детям и подросткам), а также дневные стационары и стационарные психотерапевтические отделения. Такие учреждения координируют психотерапевтическую и психологическую работу на определенной территории и создают предпосылки для адекватного применения всего комплекса психотерапевтических методов и психологических вмешательств. В структуре психотерапевтических центров создаются клинико-психологические подразделения, которые помимо осуществ-

ления консультативной функции приобретают функции методического координатора работы клинических психологов сети психотерапевтических кабинетов.

Взаимодействие клинического психолога и врача-психотерапевта при проведении психотерапии

Дальнейшие перспективы развития психотерапевтической помощи открываются при условии привлечения клинического психолога к проведению психотерапевтических мероприятий в рамках бригадной модели оказания психотерапевтической помощи. Однако реализация возможностей такого подхода в настоящее время затрудняется тем, что пока не существует разработанных моделей взаимодействия этих специалистов. Ни врачи-психотерапевты, ни клинические психологи к такому сотрудничеству не готовы. Более того, наблюдается стремление каждого из указанных специалистов вытеснить другого из психотерапевтического пространства. Нередко врачи-психотерапевты определяют в качестве основной задачи участия психологов в психотерапевтическом процессе либо проведение только психодиагностики, либо применение вспомогательных форм психотерапии (арт-терапия, телесно-ориентированная психотерапия и пр.). При этом, как правило, врачи-психотерапевты мало используют в своей работе психодиагностические заключения клинических психологов. Со своей стороны клинические психологи полагают, что врач должен «выписывать рецепты», или, иными словами, проводить в основном биологические виды лечения. С одной стороны, это столкновение интересов двух очень близких по своему профилю специалистов в рамках психотерапевтического процесса помогает увидеть методологические проблемы самой психотерапии. Наличие проблем такого уровня означает, что вопросы применения тех или иных психотерапевтических методов и частных подходов уже не актуальны. Практика показывает: если пациент и его психотерапевт (и врач и психолог) стремятся к достижению помощи, а не игре в метод (гештальттерапия, психоанализ), то требуется что-то большее, чем просто качественное применение психотерапевтической техники. С другой стороны, возникает вопрос о смысле применения конкретного психотерапевтического подхода, который методологически различен для психотерапевта-врача и клинического психолога.

Существующие юридические сложности (по действующему законодательству клинический психолог не может заниматься психотерапией потому, что это медицинская специальность, а психолог не имеет медицинского образования) организаторы психиатрической и психотерапевтической службы в настоящее время намерены преодолеть созданием Закона «О психотерапии». Вместе с тем проблема взаимодействия врача и психолога в психотерапевтическом процессе приобретает гораздо более широкий смысл. Ответ на вопрос о сути подобного взаимодействия врача и психолога представляется весьма важным. От его разрешения, возможно, зависят пути дальнейшего, по крайней мере в организационном отношении, развития психотерапии и психологической помощи.

В настоящее время предлагают различные варианты решения данного вопроса.

Вариант первый. Психотерапия, осуществляемая клиническим психологом, идентична лечению у врача-психотерапевта. Специалисты ссылаются на представ-

ления о психотерапии как интердисциплинарной области, которая развивается совместно с медициной, психологией, психофизиологией и социологией. Такое формирование психотерапии как специальности предполагает, что ее представители должны знать клинические и иные основы психотерапии, в первую очередь психологические. Подобная аргументация вызывает сомнения, потому что современная подготовка психотерапевтов с медицинским и психологическим образованием принципиально различна. Врачи недостаточно образованы в фундаментальных и прикладных аспектах психологии. То же самое можно сказать и о психологах по отношению к клиническим дисциплинам.

Вариант второй. Психотерапия — самостоятельная специальность, прямо не зависящая от психологии и клинической психиатрии. Недостатком данной концепции является то, что она игнорирует существующие теоретические предпосылки психотерапии, понимание различий между патологией и нормой. Вместе с тем достаточно разработаны динамическое, поведенческое и гуманистическое направления психотерапии. В каждом из указанных направлений существуют общая методология, собственная интерпретация патологии и нормы, теории личности, методы лечения.

Вариант третий. Психотерапия — использование психотерапевтических методов по отношению к больным, а психологическая коррекция, психологическая помощь, психологическое консультирование — это применение психотерапевтических методов по отношению к здоровым людям. При этом выделяются медицинские и психологические этапы психотерапии: «Чем больше патологии, тем больше психотерапии, чем меньше патологии, тем больше психологии». Именно такой взгляд сыграл важную роль в развитии психотерапии и клинической психологии в нашей стране. Недостатком подобной точки зрения в настоящее время можно считать то, что используемый дихотомический подход к применению медицинского и психологического вариантов психотерапевтической помощи противоречит почти интуитивному пониманию того, что страдающему человеку нужны врач-психотерапевт и клинический психолог одновременно.

Резюмируя рассмотренные выше точки зрения, можно сделать вывод, что различия между клиническим (врачебным) и психологическим подходами к психотерапии более сложные, чем это представляется на первый взгляд. Между ними есть и общее и существенные различия.

Ответ на вопрос о характере взаимодействия врача и психолога в рамках психотерапевтического процесса может быть найден при рассмотрении направленности, целей и мишеней психотерапии.

Направленность психотерапии

В самом общем смысле психотерапия врача и психолога направлена на личность пациента, и именно через личность опосредуется вся система взаимодействия. Однако спецификой клинической (врачебной) психотерапии может быть не просто направленность на личность вообще, а работа с теми личностными механизмами, которые так или иначе обусловлены патологическим состоянием. Врача интересует, какие личностные процессы включены в механизм болезни и вы-

здоровления и как реагирует личность на болезненные проявления. Личностный аспект интересов врача в психотерапии концентрируется на взаимовлиянии личности и болезни, личности и телесных (психических и социальных) проявлений болезни. Такое понимание направленности клинической (врачебной) психотерапии позволяет ответить на вопрос: должен ли врач-психотерапевт применять, например, элементы экзистенциальной психотерапии? Ответ, который вытекает из обоснования вышеназванной направленности психотерапии, следующий: может и должен, если разрешение этого экзистенциального вопроса напрямую или хотя бы существенно связано с патогенетическими механизмами заболевания. В противном случае врач не выполняет своих задач и переходит в сферу деятельности психолога.

Клинического психолога в такой плоскости аспект «личность—болезнь» интересовать не может, поскольку в рамках психологической парадигмы любые клинические феномены психологизируются. Например, какие страдания в случае заболевания переживает человек, как он проявляет себя с учетом имеющейся болезни, как он в этом случае строит свои отношения с другими людьми. В частности, психологизация феноменов происходит потому, что в мировоззрении психолога болезнь существует как некая абстракция, не подкрепленная клиническим ви́дением пациента и клиническим мышлением. Можно предположить, что основой психологической психотерапии являются личность человека и возможность ее реализации; другими словами, психологов в большей степени интересуют проявления личности и социума. С этой, психологической, точки зрения на психотерапию болезненные механизмы также имеют значение, но, очевидно, имеют характер контекста.

Если согласиться с таким способом рассмотрения проблемы, возникает вопрос о разработке типологии состояний, относящихся к компетенции каждого из двух указанных специалистов. Опыт медицины дает возможность осуществить «привязку» клинического (врачебного) понимания личности и болезни к существующим клиническим их классификациям. Что же касается клинического психолога в психотерапии, то приходится признать, что такой возможности в настоящее время у него пока нет. Не существует классификации психологических проблем, сложностей и конфликтов, сопоставимой с медицинской классификацией. Большинство психологов, работая со своими клиентами, ориентируются главным образом на четыре сферы, порождающие психологические проблемы: сферу семейных отношений, профессиональную, сферу микро- и макроотношений.

Мишени психотерапии

Отмечая специфику направленности клинической (врачебной) и психологической психотерапии, можно выделить для рассмотрения и более частные вопросы.

Врач, планируя процесс психотерапии, не может отказаться от клинического ви́дения больного, отражающего «длинник» проявлений болезни по разделам: анамнез — клиническое состояние — диагноз — терапия — прогноз. При таком подходе к исследованию случая вся врачебная психотерапия уже оказывается клинической. Актуализируется и значимость контрактных взаимоотношений

«врач—пациент». Контракт заключается с поправкой на реальные возможности психотерапии по отношению к конкретной клинической картине. Общими мишенями клинической (врачебной) психотерапии становятся специфика внутренней картины болезни и механизмы участия личности в симптомообразовании.

Клинический психолог меньше интересуется историей возникновения и происхождения существующих патологических проявлений. Для психолога основным является вопрос: как при наличии определенных условий реализуются различные функции или их система? Его ви́дение пациента (клиента) охватывает лишь «поперечный срез» проявлений всех возможностей человека при том или ином состоянии психического и физического здоровья. Мишенью работы психолога становятся механизмы воспроизводства проблем в различных плоскостях функционирования личности, механизмы реализации человеческих возможностей.

Следовательно, цель клинической (врачебной) психотерапии — выздоровление человека, цель психологической психотерапии — наиболее полная реализация его возможностей.

Приведенные данные о специфике клинической (врачебной) и психологической психотерапии не относятся к способам применения психотерапии. Они показывают, что психотерапия используется с различными целями. Не затрагиваются и общие механизмы психологической адаптации (защитные механизмы, копинг-поведение, механизмы компенсации), которые учитываются при использовании конкретных методов психотерапии. Например, работа различной направленности может проводиться по отношению к формам психологической защиты (психодинамическая психотерапия) или копинг-поведению (когнитивно-поведенческая психотерапия).

Организация работы клинического психолога в психотерапевтических подразделениях

Психотерапевтический кабинет является основным структурным подразделением в системе психотерапевтической службы и основной формой организации психотерапевтической помощи. В территориальных поликлиниках психотерапевтические кабинеты начали создаваться с 1986 г. на основании Приказа Минздрава России от 19 декабря 1986 г. № 903. Содержание и порядок работы психотерапевтического кабинета определяются Приказом Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 438 (приложение 4). Психотерапевтические кабинеты создаются в территориальных поликлиниках, в специализированных центрах гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического и другого профиля, а также в многопрофильных больницах. В задачи психотерапевтического кабинета в территориальной поликлинике входят:

- проведение консультативной помощи пациентам, направленным участковыми врачами-терапевтами и другими врачами-специалистами;
- отбор больных для психотерапии в условиях поликлиники;
- лечение пациентов с неосложненными формами неврозов (F40–F48), другими непсихотическими состояниями, психическими и психосоматическими

заболеваниями в ходе осуществления индивидуализированных комплексных терапевтических и реабилитационных программ;
- направление больных для лечения в психоневрологический диспансер или другое специализированное учреждение, оказывающее психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Прием ведет врач-психотерапевт, который осуществляет общее руководство работой кабинета, привлекая клинического психолога и специалиста по социальной работе (социального работника) для психологического обследования пациента и проведения психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий. Психотерапевтический кабинет должен быть обеспечен техническими средствами для проведения необходимых диагностических и терапевтических мероприятий.

Оформление специально оборудованных помещений предполагает учет особенностей контингентов пациентов, обеспечение благоприятного психологического воздействия элементов дизайна, создание непринужденной обстановки, уюта и комфорта. Психотерапевтический кабинет следует располагать в нескольких помещениях, пространственно удаленных от других помещений на территории лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого разворачивается психотерапевтическая служба. В кабинете психотерапевта, в котором начинается общение с пациентом, заполняется первичная и иная медицинская документация. Здесь же может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации.

Специальное помещение, предназначенное для проведения собственно психотерапии, подчеркивает смену обычного стиля медицинского врачебного приема на неформальный стиль психотерапевтического действия. Необходимость разделения кабинета на помещения для приема и помещения для проведения психотерапевтической работы становится более очевидной при ориентации на современные гуманистические варианты психотерапии, предполагающие партнерские взаимоотношения между пациентом и психотерапевтом. Это особенно важно на начальных этапах лечения, когда решается вопрос о выборе модели психотерапии и стиля поведения врача. Наличие отдельного помещения для проведения групповых занятий отражает тенденцию современной психотерапии, направленной на сочетание различных методов и форм воздействия на пациентов, а в условиях поликлиники способствует также интенсификации лечебного процесса.

Организация работы кабинета в определенной мере зависит от принятого общего порядка деятельности лечебно-профилактического учреждения, в структуру которого входит кабинет. Наиболее частой организационной формой обращения пациентов являются листы самозаписи или талонная система. В некоторых случаях запись осуществляется по телефону. Выделяется время для работы с первичными пациентами и для повторных встреч. Из этических и деонтологических соображений, а также в целях обеспечения анонимного обращения в кабинете создается отдельная от общей регистратуры картотека медицинских документов (амбулаторных карт).

Специализированную помощь оказывают психотерапевтические кабинеты, созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений. Например, в кардиологических диспансерах и центрах врачи-психотерапевты и клинические

психологи оказывают психологическую помощь больным с сердечно-сосудистой патологией, в гастроэнтерологических центрах — с патологией желудочно-кишечного тракта. На базе физкультурных диспансеров осуществляется психологическая подготовка спортсменов. В наркологических диспансерах проводится анонимное лечение зависимости от алкоголя, табака и токсических веществ. Для работы в таких кабинетах требуется дополнительная подготовка врачей-психотерапевтов и клинических психологов в соответствии с профилем обслуживаемого контингента.

Основываясь на бригадной модели оказания психотерапевтической помощи, общее руководство деятельностью кабинета осуществляет врач-психотерапевт, однако при работе с психически здоровыми лицами и на этапе выздоровления пациента куратором клиента или пациента становится психолог.

Психотерапевтические отделения организуются в соответствии Приказом Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 438. Они создаются в республиканских, окружных, краевых, областных, административных центрах, а также в городах с населением не менее 250 тыс. человек, в многопрофильных больницах, психотерапевтических центрах, психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах. Они предназначаются для лечения больных с неврозами (F40–F48) и другими непсихотическими состояниями, с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, для психически больных в состоянии ремиссии. Основной контингент психотерапевтических отделений — пациенты, для которых их обычное социальное окружение является постоянным психотравмирующим фактором.

В психотерапевтическом отделении многопрофильной больницы основную часть пациентов составляют лица, страдающие соматическими заболеваниями, в психиатрической больнице — лица с малопрогредиентными формами психической патологии, неврозоподобными расстройствами. Так называемые отделения динамической психиатрии организуются для лечения пациентов с психическими заболеваниями на стадии формирующейся ремиссии.

Психотерапия в условиях психотерапевтического отделения отличается от проводимой в амбулаторной практике особенностями, из которых можно выделить следующие. Доминирующее значение имеет личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, направленная на смягчение и ликвидацию тяжелых форм невротических и других пограничных нервно-психических расстройств. Позитивный терапевтический эффект достигается благодаря максимальному межличностному взаимодействию персонала отделения с больными, а также элементов самоуправления пациентов (советов пациентов и др.), способствующих вовлечению максимального числа больных в деятельность, которая направлена на активизацию преодоления болезни. Создание психотерапевтической среды предполагает специальную подготовку специалистов и медицинского персонала.

Важный фактор, способствующий повышению эффективности лечения в психотерапевтическом отделении, — использование дифференцированных режимов. При улучшении состояния пациента его переводят на более свободный режим для практического разрешения актуальных личностных проблем, выявленных в процессе психотерапии. Своевременное изменение режима пребывания пациен-

та в отделении способствует восстановлению утраченных в период болезни социальных связей и служит профилактике явлений госпитализма.

Специальное назначение психотерапевтического отделения может быть реализовано при наличии необходимой материально-технической базы. Психотерапевтические отделения рассчитаны не более чем на 50 коек. Функционирование отделения обеспечивается врачами-психотерапевтами, клиническими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, средним и младшим медицинским персоналом.

В качестве варианта организации психотерапевтической помощи необходимо создание полустационарного отделения в двух формах — дневной и ночной. Их отличает режим частичной госпитализации, предполагающий лечение пациентов с более легким течением заболевания.

Психотерапевтические центры. Работа психотерапевтического центра, как и работа психотерапевтических отделений, также определяется Приказом Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 438. В настоящее время преобладает модель организации работы сети психотерапевтических кабинетов под методическим руководством психотерапевтических центров. Унифицированной модели организации работы психотерапевтических центров не существует. Психотерапевтические центры можно разделить на региональные и профильные, специализирующиеся на оказании психотерапевтической помощи подросткам, женщинам, пережившим насилие, центры кризисной психологической помощи.

Некоторые из них являются самостоятельными юридическими лицами, другие — подразделениями психиатрических или многопрофильных учреждений. В психотерапевтических центрах появляется возможность оказывать более квалифицированную и разнообразную помощь за счет деятельности коллектива психотерапевтов и клинических психологов, а также специализации: существуют психотерапевтические кабинеты и отделения для детей и подростков, людей пожилого возраста, семейно-супружеской или групповой психотерапии и др. В региональных центрах создают условия для повышения квалификации работающих в них специалистов. Здесь, как правило, есть психологическая лаборатория, организационно-методический отдел, кризисные службы с телефонами экстренной помощи, сексопатологические отделения и кабинеты для оказания лечебно-профилактической помощи больным с половыми расстройствами. Кроме того, в состав региональных центров могут входить психотерапевтические полустационары.

Особенности организации работы клинического психолога в медицинских учреждениях другого профиля

Кризисную помощь оказывают учреждения, входящие в систему охраны психического здоровья на основании Приказа Минздрава России от 6 мая 1998 г. № 148. Основными учреждениями кризисной помощи являются кабинеты социально-психологической помощи, телефоны экстренной психологической помощи и кризисные отделения.

Работа клинического психолога в этих учреждениях имеет ряд особенностей. Психодиагностическое направление работы предполагает наличие специальных знаний для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения, личностных особенностей, выбора мишеней для проведения кризисного вмешательства. Психокоррекционная деятельность требует наличия специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях, специальной подготовки для проведения различных форм кризисной интервенции. В кризисных учреждениях, где есть клинический психолог, должны проводиться специальные мероприятия по профилактике синдрома профессионального выгорания, что имеет особое значение для сотрудников телефонов экстренной психологической помощи.

Дополнительная подготовка клинического психолога требуется в профильных кризисных учреждениях, например в центрах помощи женщинам, перенесшим насилие. Клинический психолог должен приобрести знания в области психологического анализа и работы с так называемыми гендерными проблемами и проблемами жертв насилия.

Специальную подготовку в области кризисной педагогики и детской клинической психологии должны получать клинические психологи, работающие в детских и подростковых кризисных центрах.

Клиники восстановительной терапии и нейрореабилитации. Особенностью работы этих учреждений, согласно Приказу Минздрава России от 22 августа 2005 г. № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы», является ориентация на топическую диагностику неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций. Клинический психолог для работы в учреждениях подобного профиля должен быть дополнительно подготовлен по клинической нейропсихологии, восстановительному обучению и коррекционной педагогике.

Сексологические клиники и центры. Работа в этих учреждениях предполагает дополнительную подготовку клинического психолога в вопросах семейно-супружеских отношений, сексологии и сексопатологии.

Медицинские учреждения соматического профиля. Клинический психолог должен иметь достаточный опыт работы по изучению и коррекции внутренней картины болезни и отношения пациента к болезни. При проведении психодиагностики должен уметь анализировать роль психологического фактора в этиопатогенезе психосоматических и соматических расстройств, использовать психологические и психокоррекционные методы в работе с пациентами, которая предполагает необходимость продолжительного психологического воздействия в ситуации низкого осознанияпациентом и медицинским персоналом психологических механизмов болезни. Мероприятия по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса должны быть в значительной мере ориентированы на проблемы самого персонала и специалистов клиник. Последние работают в условиях интенсивного взаимодействия с пациентами и их родственниками, сложностей в межперсональном общении, постоянного взаимодействия в диаде «врач—пациент», поскольку врачи общесоматических медицинских учреждений пока мало осведомлены в области коммуникации и недостаточно учитывают психологические факторы в этиопатогенезе соматических заболеваний.

Учреждения (отделения) паллиативной медицины. К числу таких учреждений относятся активно создаваемые в настоящее время хосписы и отделения паллиативной терапии онкологических диспансеров, центров СПИДа. Особенность работы клинического психолога с умирающими больными предполагает знакомство с терминальными состояниями. Основной задачей терапии является подготовка пациента к смерти и сопровождение его до окончания жизни, работа по созданию терапевтической среды и терапевтического сообщества, проработка экзистенциальных проблем, связанных со смертью. Мероприятия по психологическому обеспечению лечебного процесса должны предусматривать наряду с другими и профилактику синдрома эмоционального выгорания персонала.

Роль клинического психолога в общей системе оказания медицинской помощи

В соответствии с современной концепцией организации психологической помощи в здравоохранении клинический психолог — это специалист с базовым высшим психологическим образованием, получивший дополнительное образование по клинической психологии.

Положения о клиническом психологе и ряд других документов, использование которых необходимо для практической организации психологической помощи в учреждениях здравоохранения, утверждены, приказ утратил силу, см. Приказ Минздрава РФ от 6 ноября 2001 г. № 397 и Приказ Минздрава России от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

Ниже представлены рекомендации по организации работы клинического психолога в психотерапевтическом кабинете, психоневрологическом диспансере, психотерапевтическом отделении, а также в других подразделениях психотерапевтической и психиатрической служб.

Клинический психолог работает в тесном содружестве с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом, другими специалистами бригады, осуществляющими оказание психотерапевтической и психиатрической помощи. Он самостоятельно проводит необходимые консультативно-диагностические, психодиагностические, психокоррекционные мероприятия в лечебных, реабилитационных, психопрофилактических и психогигиенических программах для пациентов с реакциями дезадаптации, стресса, неврозов (F40–F48) и других непсихотических и психосоматических расстройств. Совместно с лечащим врачом (психиатром, психотерапевтом, интернистом), в качестве консультанта или сотрудника терапевтической бригады, клинический психолог принимает участие в лечении и реабилитации больных с психическими и соматическими расстройствами в стадии ремиссии и с другой патологией, в развитии которой существенную роль играют психосоциальные факторы.

Различия в контингентах обслуживаемых пациентов влияют на содержание индивидуальных психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных программ, средние сроки лечения и планирование работы психотерапевтического

учреждения (подразделения), предполагают преимущественное применение тех или иных психотерапевтических методов.

Консультативно-диагностические мероприятия проводят по направлению врача-психиатра или врача-психотерапевта в случаях первичного обращения пациентов в психотерапевтический кабинет или другое психотерапевтическое подразделение. В ряде случаев клинический психолог является первым консультантом и на этом этапе общения с пациентом осуществляет первичную психодиагностическую работу. Особое значение консультативно-диагностическая функция клинического психолога приобретает в детских поликлиниках, психологических реабилитационных центрах. Здесь клинический психолог рекомендует дальнейшее ведение пациента врачом-специалистом (детским психиатром, детским неврологом). При обращении за психологической помощью людей с психологическими проблемами без признаков патологии клинический психолог может осуществлять функцию куратора по отношению к клиенту.

При уточнении показаний и противопоказаний для самостоятельного ведения пациента клинический психолог по согласованию с врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом составляет и реализует индивидуальную психокоррекционную программу. При необходимости врач-психотерапевт поручает клиническому психологу проведение патопсихологического обследования для обеспечения дифференциальной клинической диагностики, приглашает необходимых специалистов-консультантов. По окончании консультативно-диагностических и первоочередных терапевтических мероприятий клинический психолог дает психологическую оценку состояния пациента, разрабатывает психологическую составляющую функционального диагноза.

При выполнении психодиагностических мероприятий клинический психолог руководствуется задачами, поставленными лечащим врачом, или собственными целями и планами реализации индивидуальной лечебной и реабилитационной программы.

Психокоррекционная работа клинического психолога проводится по индивидуальному плану. На начальных этапах ведения пациента большое значение имеет создание психотерапевтического контакта, атмосферы доверия со стороны пациента. Психотерапевтическая программа составляется для достижения лечебного эффекта в оптимальные сроки. Для этого используют методы индивидуальной, семейной, групповой психотерапии, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и (или) терапевтического поля. Проведение отдельных психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий клинический психолог осуществляет совместно с другими сотрудниками психотерапевтического кабинета или отделения — специалистом по социальной работе (социальным работником), методистом по арт-терапии, инструктором по трудовой терапии. В сотрудничестве с ними клинический психолог использует методические и нормативные документы, в частности Методические рекомендации о сотрудничестве врача-психотерапевта и клинического (медицинского) психолога, утвержденные Приказом Минздрава России от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапев-

тическую помощь» (приложение 3), а также рекомендации лечащего врача — руководителя бригады.

В ходе реабилитационной работы клинический психолог ведет группы суппортивной (поддерживающей) психотерапии, проводит заседания клуба бывших пациентов, периодически консультирует семью пациента, проводит различные виды тренинга, принимает участие в работе социального работника, по поручению врача участвует в проведении других социально-реабилитационных мероприятий (терапия средой, терапия занятостью, решение социальных вопросов и др.).

Учитывая высокую эффективность использования психологических и психотерапевтических методов при осуществлении мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики, клинический психолог принимает участие в психопрофилактических мероприятиях. Это особенно необходимо при проведении первичной профилактики применительно к психически здоровым людям:

- работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и психологического консультирования;
- формирование современного имиджа психотерапевтических учреждений;
- встречи клинических психологов и специалистов по социальной работе с населением;
- лекции и беседы на предприятиях и в медицинских учреждениях;
- издание популярной литературы.

Важным направлением деятельности учреждений психотерапевтического и психиатрического профиля по первичной профилактике психических расстройств является активная методическая и практическая работа с врачами всех специальностей по ознакомлению с основами психотерапии. Контакты с лечебно-профилактическими учреждениями позволяют своевременно выявлять больных с психическими расстройствами, которые обращаются в территориальные поликлиники. Важная сторона этого сотрудничества — проведение психопрофилактических мероприятий с самими медицинскими работниками для повышения уровня их психологических знаний, предотвращения конфликтов с пациентами и их родственниками, профилактики так называемой профессиональной деформации (синдрома эмоционального выгорания).

В психотерапевтических учреждениях необходимо создать условия для обращения за помощью психически здоровых лиц с психологическими проблемами. Для этой цели можно использовать группы личностного роста, семинары и тренинги, развивающие практические и коммуникативные умения. Привлечение указанных лиц благотворно влияет на имидж учреждений психиатрической и психотерапевтической помощи, снижает «порог обращаемости» населения на территории обслуживания, увеличивает вероятность ранней обращаемости страдающих психическими расстройствами.

Существующая практика показывает, что затраты труда врачей-психотерапевтов и клинических психологов могут измеряться несколькими способами.

1. **Количество пациентов**, принятых в день приема. При этом на основе хронометража устанавливают фактическое среднее время приема одного пациента, ко-

торое определяет план приема для врачебной должности или должности клинического психолога.

2. В качестве единицы измерения трудовых затрат используют **условный законченный случай**, оцениваемый на основе разработанных и унифицированных медико-экономических стандартов и клинико-статистических групп. Это более сложный вариант планирования объема медицинской и психологической помощи, учитывающий специфику и технологию организации всей системы здравоохранения региона. В этом случае определяют параметры времени и методы, необходимые для лечения и выздоровления пациентов с конкретным диагнозом и подтвержденные с помощью критериев улучшения состояния больного. При выздоровлении или улучшении состояния пациент переводится в соответствующую клинико-статистическую группу.

3. **Промежуточный вариант**, учитывающий разработанные условные единицы для измерения затрат труда врачей и психологов. Каждому элементу работы врача (и психолога) присваивают определенное количество условных единиц. Например, первичная встреча — 5 баллов, проведение симптоматической психотерапии — 10, личностно-ориентированной психотерапии — 25 баллов. Далее делают анализ количества баллов, «отработанных» за определенное время.

Два последних варианта оценки трудовых затрат позволяют осуществлять более гибкое управление лечебным процессом, создавать контрактные условия оплаты труда исходя из интенсивности и качества проведенных мероприятий. В настоящее время эти, более сложные, комплексные системы организации помощи создаются в некоторых регионах Российской Федерации. Они требуют более широкого привлечения интеллектуальных и экономических ресурсов и использования компьютерной техники.

Практика организации работы врача-психотерапевта и клинического психолога в психотерапевтическом кабинете показывает, что основное время приходится на индивидуальный прием пациентов. Продолжительность приема одного пациента составляет 50 мин. Десятиминутный перерыв для отдыха позволяет переключиться на прием другого пациента. В рабочем графике выделяется время для первичного приема (впервые обратившихся пациентов) и время для повторного приема (пациентов, уже проходящих психотерапию). При распределении общего времени одна его треть отводится на первичных пациентов, а две трети — на повторных. Следовательно, при общей продолжительности рабочего дня 5 ч 40 мин врач-психотерапевт принимает ежедневно 1–2 первичных пациентов и 2–3 повторных.

В графике работы выделяется время для групповой психотерапии. Продолжительность занятия группы составляет в среднем 1 ч 30 мин. Перерыв после работы с группой — 15 мин. Групповая психотерапия может проводиться через день. Более интенсивной она бывает при наличии клинического психолога, который принимает участие в ведении тренинговых групп и групповой психотерапии. Продолжительность сеансов семейно-супружеской психотерапии соответствует продолжительности группового занятия.

При планировании работы на неделю врач-психотерапевт вносит в свой график и проведение других мероприятий: выделяет специальное время для осуществ-

ления мер психопрофилактики вне психотерапевтического кабинета (лекции, встречи с населением, работа со средствами массовой информации), клинико-терапевтических конференций, встреч с пациентами психотерапевтического кабинета с участием клинического психолога, социального работника (специалиста по социальной работе) и консультанта (супервизора). Планируют также осуществление психопрофилактических мероприятий в коллективе лечебно-профилактического учреждения.

При проведении психодиагностической работы эмпирически принятой нормой являются 2,5 полных исследования пациентов в день. В зависимости от особенностей лечебно-профилактического учреждения график работы клинического психолога может включать психодиагностические и психокоррекционные (психотерапевтические) мероприятия с соответствующим расчетом времени.

Обучение специалистов в области клинической психологии

Процесс интеграции клинико-психологической помощи в учреждения здравоохранения требует разработки основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области клинической психологии. Важнейшей задачей являются создание и реализация так называемого непрерывного образования в виде последовательной системы взаимосвязанных учебных программ, позволяющих осуществлять планомерную базовую и дополнительную подготовку клинических психологов. Программы непрерывного обучения и примерные тематические учебные планы подготовки по специальности клинической (медицинской) психологии представлены в Приказе Минздрава России от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь». Приказом Министерства образования Российской Федерации утверждена специальность «Клиническая психология». Обучение строится на основе Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 022700 «Клиническая психология», утвержденного Министерством образования Российской Федерации 17 марта 2000 г.

В настоящее время подготовка клинических психологов для работы в учреждениях здравоохранения состоит из двух основных разделов: додипломная подготовка по специальности «Клиническая психология» в медицинских вузах, в университетах и иных высших образовательных учреждениях и дополнительная подготовка (переподготовка) психолога по клинической психологии в медицинских научных и высших образовательных учреждениях.

Опыт оказания психологической помощи с привлечением психологов, имеющих дополнительную подготовку по клинической психологии, показал достаточно высокую эффективность их деятельности. Это обусловлено рядом обстоятельств. Логика и история развития клинической психологии предполагает реальную стажировку психологов с учетом особенностей их работы в условиях лечебно-профилактических учреждений различного профиля. Динамика развития систе-

мы охраны психического здоровья предполагает переподготовку психологов по клинической психологии для работы не только в учреждениях здравоохранения, но и в учреждениях образования, социального обслуживания, социальной защиты и др.

Клинический психолог должен профессионально владеть всем спектром подходов и методов, которые обеспечат его успешную психодиагностическую и психокоррекционную работу с различными категориями пациентов, обратившихся за помощью. Это не исключает в дальнейшем необходимости повышения квалификации клинического психолога в условиях специализированных клиник.

При значительном дефиците клинических психологов существующая система подготовки предполагает возможность привлечения специалистов с различным базовым психологическим образованием.

С учетом уровня додипломной психологической подготовки определяется соответствующий объем дополнительной подготовки и переподготовки, который позволяет восполнить недостающие курсы Государственного образовательного стандарта (табл. 17).

Таблица 17. Этапы подготовки клинического психолога (специальность 022700 «Клиническая психология»)

Первый вариант		
№ п/п	**этап подготовки**	**документ об образовании**
1	Среднее или среднеспециальное образование	Аттестат о среднем образовании
2	Высшее образование по специальности «Клиническая психология» на факультете клинической психологии	Диплом о высшем образовании по специальности «Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии»
3	Послевузовское очное или очно-заочное дополнительное образование по специальности «Клиническая (медицинская) психология» продолжительностью до 1 года в учреждениях последипломного образования, имеющих лицензию на проведение послевузовского образования	Диплом о переподготовке
4	Циклы общего и тематического усовершенствования по клинической (медицинской) психологии	Удостоверение о прохождении цикла общего и тематического усовершенствования

Второй вариант		
№ п/п	**этап подготовки**	**документ об образовании**
1	Среднее или среднеспециальное образование	Аттестат о среднем образовании
2	Высшее образование по специальности «Психология» на факультете психологии	Диплом о высшем образовании по специальности «Психолог. Преподаватель психологии» или приравненный к нему документ

3	Послевузовское очное или очно-заочное дополнительное образование по специальности «Клиническая (медицинская) психология» продолжительностью до 2 лет в учреждениях последипломного образования, имеющих лицензию на проведение послевузовского образования	Диплом о переподготовке
4	Циклы общего и тематического усовершенствования по дисциплинам клинической (медицинской) психологии	Удостоверение о прохождении цикла

Третий вариант		
№ п/п	**этап подготовки**	**документ об образовании**
1	Среднее или среднеспециальное образование	Аттестат о среднем образовании
2	Второе высшее образование по специальности «Психология» на факультете психологии или защищенная кандидатская диссертация по психологической специальности	Диплом о высшем образовании, диплом о втором высшем образовании по специальности «Психолог. Преподаватель психологии» или приравненный к нему. Диплом кандидата психологических наук
3	Послевузовское очное или очно-заочное дополнительное образование по специальности «Клиническая (медицинская) психология» продолжительностью до 2 лет в учреждениях последипломного образования, имеющих лицензию на проведение послевузовского образования	Диплом о переподготовке
4	Циклы общего и тематического усовершенствования по дисциплинам клинической (медицинской) психологии	Удостоверение о прохождении цикла

Для психолога, обучающегося на факультете клинической психологии, послевузовское дополнительное образование (очное или очно-заочное) продолжается до 1 года; для выпускника факультета психологии другой специализации — до 2 лет, для психолога, имеющего второе высшее образование (укороченная программа высшего образования), — до 2 лет. Кроме того, допустимо обучение специалиста с другим базовым высшим образованием (защитившего кандидатскую диссертацию по психологической специальности) по специальности «клиническая психология» путем переподготовки продолжительностью до 2 лет.

Содержанием дополнительной подготовки (переподготовки) психологов по клинической психологии является освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ клинической психодиагностики, психотерапии и психокоррекции, психопрофилактики при работе с различными клиническими группами пациентов. Основные принятые формы последипломного обучения — лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции и др.

В последнее время больше внимания обращается на необходимость расширения выбора методов обучения психологическим основам психотерапии для освоения

учащимися психотерапевтических техник. Использование таких форм подготовки и повышения квалификации, когда акцент делается на развитие чувствительности клинического психолога к явлениям и процессам, происходящим в его взаимоотношениях с пациентом, оправдывается необходимостью развивать его умение использовать обратную связь с пациентом, организовать гибкое и эффективное общение, осознавать влияние собственных установок, наклонностей и ценностей на процесс взаимоотношений с пациентом.

В разной степени этим целям соответствуют формы обучения в тренинговых психотерапевтических группах. На участие в тренингах при дополнительном образовании отводится более 500 ч. Тренинговые психотерапевтические группы можно разделить на следующие типы:

- методические тренинговые группы, ориентированные на обучение методам психотерапии;
- тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику;
- тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие.

Цель методических тренинговых групп — овладение отдельными методами и приемами психотерапии. Клинический психолог должен получить представление о диагностическом и терапевтическом потенциале отдельных методик в работе с различными контингентами больных. Оптимальная численность участников методических тренинговых групп — 10–15 человек. Общая продолжительность работы группы зависит от метода психотерапии.

Цель тренинговых групп, ориентированных на групповую динамику (динамические тренинговые группы), заключается в том, чтобы участники ознакомились с групповой динамикой на собственном опыте, в повышении чувствительности к групповым процессам, усвоении навыков распознавания и анализа групповых феноменов, а также использовании групповой динамики в психотерапевтических целях. Оптимальная численность динамических тренинговых групп — 10–12 человек. В такие группы могут включаться специалисты разного уровня подготовки. Продолжительность занятий в группах — не менее 24 ч, оптимальная продолжительность — 40 ч.

Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие (личностные тренинговые группы), имеют различные названия: лабораторный тренинг, тренинг сенситивности, группы развития личности, группы личностного роста и т. д. Личностное развитие, личностный рост, основанный на самопознании, — непременное условие профессионального совершенствования клинического психолога. Основной целью групп личностного роста является развитие самопознания — познание самого себя, становление адекватной самооценки, отношения к себе, развитие саморегуляции. Оптимальная численность групп личностного тренинга — 10–12 человек. Продолжительность занятий — не менее 30 ч (оптимально — 60 ч). Опыт показывает, что наиболее эффективной формой организации работы оказывается марафон (несколько дней подряд по 8–10 ч).

Как эффективная форма подготовки клинических психологов получают распространение группы Балинта. Занятия проводятся в малых группах (до 12 человек). Каждый должен принять участие не менее чем в 30 занятиях, во время которых обсуждаются проблемы, реально возникающие у психотерапевтов в процессе

проводимой ими индивидуальной и групповой психотерапии. Каждый участник занятий представляет несколько подобных ситуаций из своей практики. Возникающие проблемы обсуждаются группой (различные способы понимания ситуации, анализ поведения клинического психолога в его взаимоотношениях с пациентом и др.).

Важнейшим компонентом подготовки в области психотерапии становится супервизия — надежный способ повышения качественной психотерапевтической подготовки. В отличие от врачей-психотерапевтов супервизия при обучении клинического психолога затрагивает два основных аспекта работы — проведение психодиагностики и использование психотерапевтических методов.

В зависимости от этапа обучения или предпочтений преподавателя и учащегося могут использоваться различные соотношения таких технических подходов, как дидактический, или когнитивный, поведенческий, гуманистический, динамический, или личностный.

Дидактический подход позволяет заполнить пробел в знаниях и опыте клинического психолога при их прямой передаче или с помощью активного совместного обсуждения проблем. Подвергаемый супервизии получает рекомендации и указания по проведению работы в клинике, диагностике личности, определению и выбору психотерапевтических мишеней и методов.

В центре такой ориентации на обучение главным объектом анализа является пациент. Данный вариант супервизии применяется на начальных этапах обучения. Преобладание такого подхода к супервизии может, однако, приводить к недостаточному формированию инициативы и самостоятельности обучаемого клинического психолога.

Поведенческий подход позволяет учащемуся перенять конструктивные способы мышления и поведения преподавателя, который на основе моделирования и положительного подкрепления ускоряет освоение нового опыта. Однако и при этом подходе супервизор занимает лидирующую, директивную позицию, что ограничивает развитие индивидуального стиля проведения психотерапии.

Динамический, или личностный, подход характеризуется обсуждениями с супервизором не замеченных им сначала и обнаруженных позже мешающих психотерапии установок, эмоциональных реакций, стереотипов поведения как у пациента, так и у обучаемого клинического психолога. Следует подчеркнуть, что в данных случаях речь идет лишь о выявлении у обучаемого «слепых пятен», а не об анализе и интерпретации его неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций.

Необходимым элементом обучения является также гуманистический подход, который позволяет супервизору создать доверительную атмосферу отношений с обучающимся, учебный союз по типу сотрудничества, совместного исследования психотерапевтического процесса с использованием при необходимости эмоциональной поддержки и эмпатической проработки переживаний клинического психолога. В ряде случаев полезным оказывается использование аудиовидеозаписи, анализ которой позволяет прояснить некоторые стороны психотерапевтического процесса.

Важная форма супервизии, особенно на начальном этапе обучения, — групповая супервизия по типу балинтовских групп.

Супервизия в ходе психотерапевтической подготовки клинических психологов осуществляется в три этапа, и в соответствии с образовательным стандартом ей отводится не менее 150 ч. Из них примерно 50 ч отводится на супервизию психодиагностической работы и около 100 ч — на супервизию психокоррекционной и психотерапевтической деятельности. Супервизия психотерапевтической работы проводится в три этапа.

На первом, «вводном» этапе (не менее 35 ч) супервизия проводится в рамках балинтовских групп. На втором, «базисном» этапе (также не менее 35 ч) предпочтительна индивидуальная форма супервизорских консультаций, в ходе которых супервизор активен, прибегает иногда к встречам с пациентом для уточнения и прояснения клинической или психотерапевтической ситуации, осуществляет корректирующий консультативный диалог с клиническим психологом. На третьем, «продвинутом» этапе (не менее 30 ч) супервизор предоставляет инициативу в обсуждении процесса психотерапии самому психологу, способствуя развитию у него творческого подхода к терапии, поддерживает более свободное поведение в диалоге с супервизором. Материалом для обсуждения и анализа служат записи клинического психолога о своих встречах с пациентом. Результаты супервизии отражаются в совместной оценке преподавателя и клинического психолога и касаются достигнутого психологом в результате консультаций с супервизором.

Эффективное обучение психотерапии предполагает использование видеотехники, специальных теле- и кинофильмов, стенограмм психотерапевтических сеансов. Возможность возвращаться при необходимости к воспроизведению хода занятий терапевтических групп и групп лабораторного тренинга психотерапевтов, углубленный анализ отдельных эпизодов занятий, основанный на данных стенограммы и видеозаписи, позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического образования.

Следующим этапом в подготовке клинического психолога после получения им диплома о прохождении полного курса дополнительной подготовки в период самостоятельной практики являются циклы общего и тематического усовершенствования (не реже одного раза в пять лет). Эти образовательные программы реализуются на факультетах последипломного образования кафедрами психотерапии и клинической психологии, на факультетах клинической психологии медицинских вузов, в образовательных центрах профильных научно-исследовательских институтов.

Контрольные вопросы

1. Психологическая помощь в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях оказывается медицинским психологом:

❶ самостоятельно;

❷ совместно с врачом-интернистом;

❸ совместно с врачом-психиатром;

❹ совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом.

2. По нормативам должность медицинского психолога психиатрического стационара вводится из расчета 1 штатная единица:

❶ на 20 коек;

❷ на 30 коек;

❸ на 50 коек;

❹ на 35 коек.

3. По нормативам должность медицинского психолога психотерапевтического кабинета вводится из расчета:

❶ 1 штатная единица на 25 тыс. обслуживаемого населения;

❷ 1 штатная единица на 50 тыс. обслуживаемого населения;

❸ 0,5 штатной единицы на один психотерапевтический кабинет;

❹ должность медицинского психолога на один психотерапевтический кабинет.

4. При проведении психотерапии пациента с невротическим состоянием врач-психотерапевт и клинический психолог взаимодействуют следующим образом:

❶ клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию;

❷ клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение;

❸ врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию;

❹ врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей.

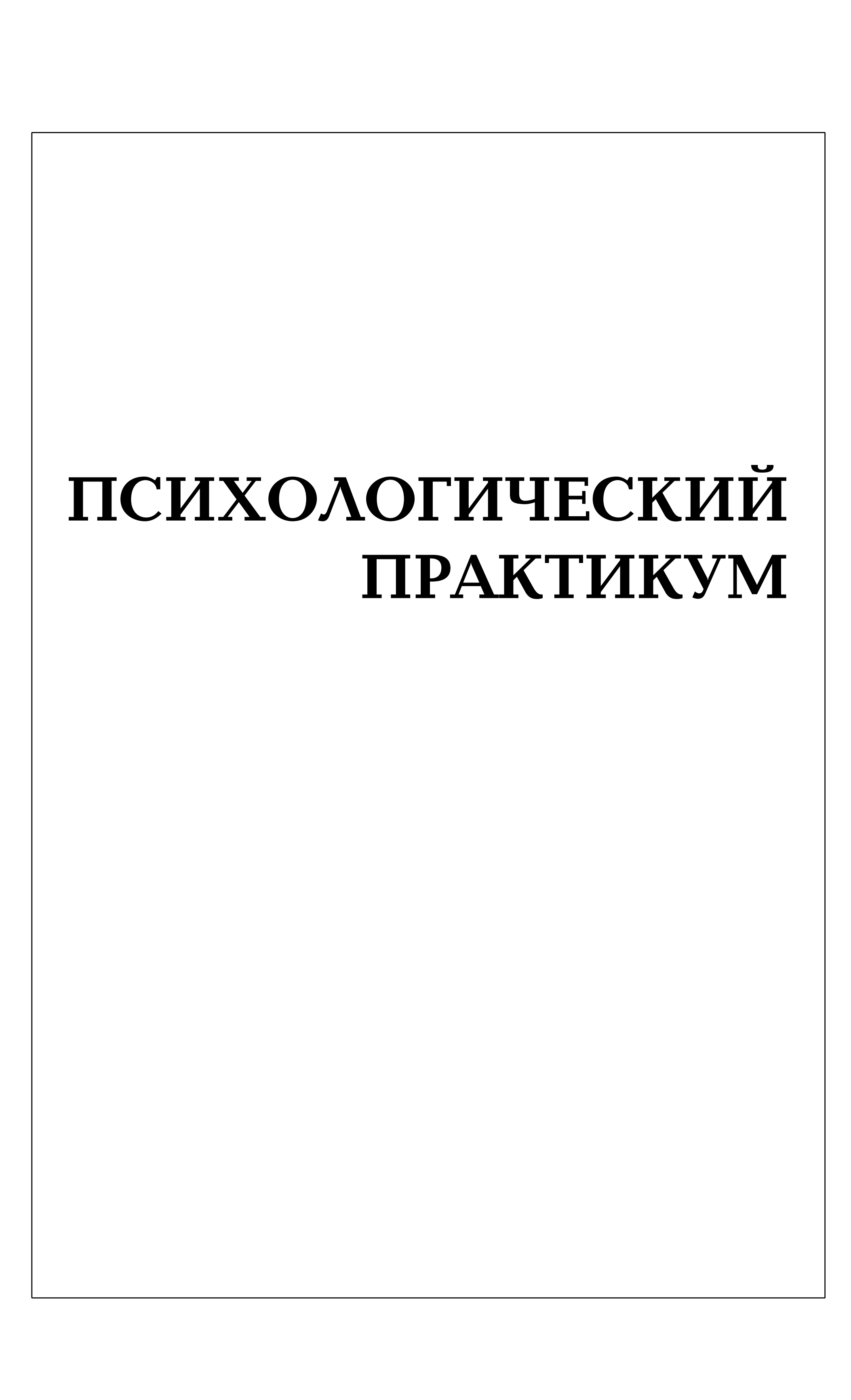
5. Основным содержанием последипломного обучения клинических психологов по медицинской (клинической) психологии является:

❶ патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития;

❷ клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика пограничных расстройств;

❸ психодиагностика, психокоррекция в различных клинических группах, тренинги, супервизия;

❹ психодиагностика и психокоррекция психических расстройств, тренинги, супервизия.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ

ПРАКТИКУМ ПО ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

Изучение сенсорно-перцептивной сферы

Ощущение и восприятие являются источниками чувственного познания и составляют основу развития психики человека. Исследования ощущения и восприятия направлены на изучение абсолютных и разностных порогов чувствительности, остроты зрения, слуха, границ поля зрения, линейного глазомера, наблюдательности и др.

Определение ведущей сенсорной системы человека

Для практической работы с людьми очень важно определение ведущей сенсорной системы человека, так как это указывает на предпочитаемый канал восприятия информации (зрительный, слуховой, кинестетический), что имеет большое значение при определении индивидуальных методов и средств подачи информации в процессе общения (в том числе терапевтического), обучения, совместной деятельности, в семейном взаимодействии и пр.

Для определения ведущей сенсорной системы применяется методика «Ведущий орган чувств» (ВОЧ), предложенная польскими психологами (перевод Ефремцевой). Методика приводится по книге: *Кулешова Л. Н. Психология древних ощущений. — СПб., 1999.*

Оборудование. Испытуемым предлагается стандартный бланк с вопросами (табл. П-1).

Инструкция испытуемым. Внимательно прочитайте вопросы и в опроснике обведите кружком номера тех из них, с которыми вы согласны.

Обработка и интерпретация данных. Подсчитайте результаты, начисляя по 1 баллу за совпадение с ключом в каждом из разделов (табл. П-2).

Раздел, в котором испытуемый набрал наибольшее количество баллов, определяет ведущую сенсорную систему.

Методика изучения линейного глазомера

Методические рекомендации по изучению и учету особенностей восприятия при организации учебного процесса. — Ярославль, 1986.

Оснащение. Стандартный лист бумаги, на котором нарисованы два отрезка 1 — 108 мм, 2 — 150 мм; 3 — прямая, ограниченная слева; 4 — прямоугольная ось орди-

Таблица П-1. Бланк методики «Ведущий орган чувств»

1. Люблю наблюдать за облаками и звездами	13. Когда услышу старую мелодию, ко мне возвращается прошлое	25. После длительной езды на машине долго прихожу в себя	37. У меня неплохая стереоаппаратура
2. Часто напеваю себе потихоньку	14. Люблю читать во время еды	26. Тембр голоса многое мне говорит о человеке	38. Когда слушаю музыку, отбиваю такт ногой
3. Не признаю моду, которая неудобна	15. Люблю поговорить по телефону	27. Придаю значение манере одеваться у других	39. На отдыхе люблю осматривать памятники архитектуры
4. Люблю ходить в сауну	16. У меня есть склонность к полноте	28. Люблю потягиваться, расправлять конечности, разминаться	40. Не выношу беспорядок
5. В автомашине цвет для меня имеет значение	17. Предпочитаю слушать рассказ, который кто-то читает, чем читать самому	29. Слишком твердая или слишком мягкая постель для меня мука	41. Не люблю синтетических тканей
6. Узнаю по шагам, кто вошел в помещение	18. После плохого дня мой организм в напряжении	30. Мне нелегко найти удобную обувь	42. Считаю, что атмосфера в помещении зависит от освещения
7. Меня развлекает подражание диалектам	19. Охотно и много фотографирую	31. Люблю смотреть теле- и видеофильмы	43. Часто хожу на концерты
8. Внешнему виду придаю серьезное значение	20. Долго помню, что мне сказали приятели или знакомые	32. Узнаю когда-либо виденные лица даже через годы	44. Само пожатие руки много мне говорит о данной личности
9. Мне нравится принимать массаж	21. Легко отдать деньги за цветы, потому что они украшают жизнь	33. Люблю ходить под дождем, когда капли стучат по зонтику	45. Охотно посещаю галереи и выставки
10. Когда есть свободное время, люблю наблюдать за людьми	22. Вечером люблю принять горячую ванну	34. Люблю слушать, когда говорят	46. Серьезная дискуссия — это интересно
11. Плохо себя чувствую, когда не наслаждаюсь движением	23. Стараюсь записывать свои личные дела	35. Люблю заниматься подвижным спортом или выполнять какие-либо двигательные упражнения, иногда и потанцевать	47. Через прикосновение можно сказать значительно больше, чем словами
12. Видя одежду в витрине, знаю, что мне будет в ней хорошо	24. Часто разговариваю с собой	36. Когда близко тикает будильник, не могу уснуть	48. В шуме не могу сосредоточиться

Таблица П-2. Ключ для обработки результатов

Визуальный	**Аудиальный**	**Кинестетический**
1, 5, 8, 10, 12, 14, 19, 21, 23, 27, 31, 32, 39, 40, 42, 45	2, 6, 7, 13, 15, 17, 20, 24, 26, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 48	3, 4, 9, 11, 16, 18, 22, 25, 28, 29, 30, 35, 38, 41, 44, 47

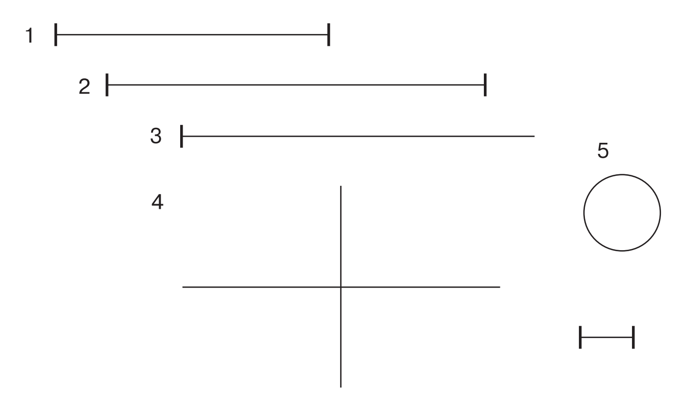


Рис. П-1. Материал для изучения линейного глазомера

нат длиной 126 мм и отрезок — 21 мм; 5 — окружность диаметром 30 мм (размеры испытуемому не сообщаются). Объекты расположены таким образом, чтобы начало каждого отрезка находилось в различных точках листа (рис. П-1, уменьшенный в 3 раза). Линейка.

Инструкция испытуемому. Вам необходимо выполнить, не используя линейку, следующие задания:

1. Разделить первый отрезок на 4 равные части.
2. Разделить второй отрезок на 3 равные части.
3. Отметить от точки вправо отрезок длиной 45 мм.
4. Отложить по осям ординат отрезки, равные по длине расположенному в правой нижней части листа.
5. Поставить точку в центре круга.

Обработка результатов. Измерьте величину ошибок (отклонений от заданных параметров в миллиметрах). Вычислите суммарную величину ошибок в миллиметрах, которая является показателем успешности. Проведите сравнительный анализ успешности (точности линейного глазомера) у студентов группы. Для этого необходимо составить таблицу всех показателей, вычислить среднее значение по группе.

Изучение наблюдательности (перцептивного внимания)

Перцептивное внимание заключается в умении быстро и точно заметить, выделить существенные детали объекта, окружения, внешнего облика человека. Это свойство является очень важным для врачей, психологов, всех работающих с людьми. В специальных исследованиях была установлена прямая корреляционная зависимость успешности перцептивного внимания и успешности профессиональной деятельности психолога-консультанта. Самым непосредственным образом перцептивное внимание влияет на успешность диагностической работы рентгенолога. Как правило, для изучения перцептивного внимания испытуемым предлагают картинки с недостающими деталями и просят в ограниченное время определить,

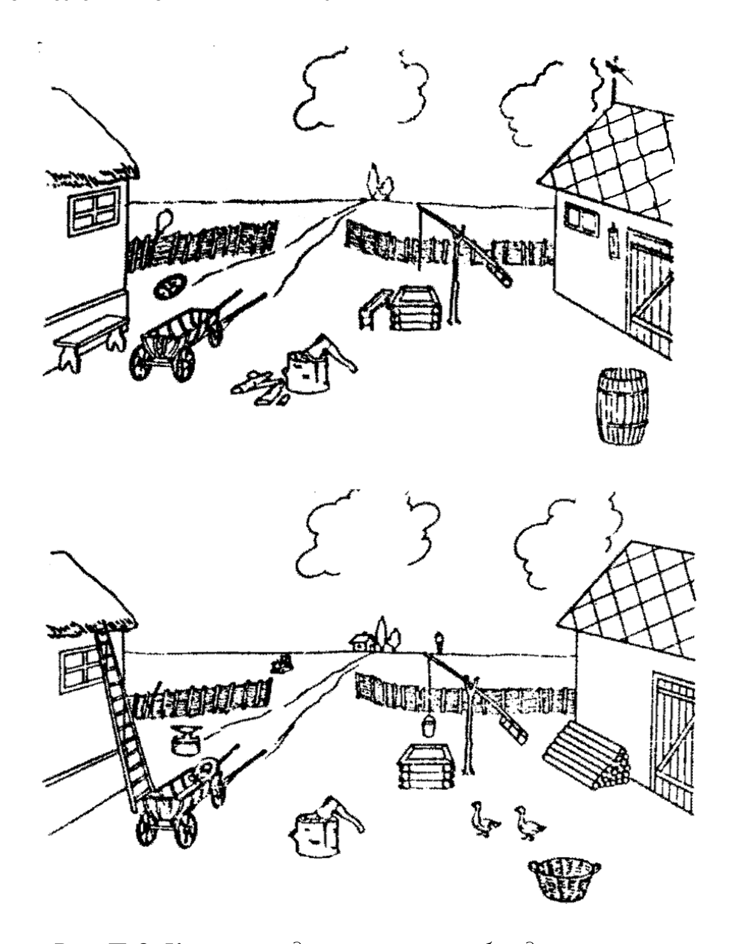


Рис. П-2. Картинки для изучения наблюдательности

каких деталей не достает; либо предъявляют два одинаковых рисунка, отличающихся отдельными элементами. Мы предлагаем второй вариант.

Оснащение. 2 картинки, отличающиеся в деталях (рис. П-2), секундомер.

Инструкция испытуемому. Внимательно рассмотрите картинки и назовите все замеченные несоответствия. Для того чтобы сделать работу более динамичной, можно ограничить время, например — 20 или 30 с.

Обработка результатов. Показателем наблюдательности является количество элементов, правильно названных испытуемым.

Мышление

Мышление как обобщенное опосредованное отражение устойчивых и закономерных связей между предметами и явлениями осуществляется в вербально-логической, образной или предметно-действенной сфере.

Изучение вербально-логического мышления с помощью методики «Исключение понятий»

Методика позволяет выявить уровень процессов обобщения.

Оснащение. Испытуемым предлагается 16 рядов понятий, сгруппированных по 5 слов.

1. Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
2. Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
3. Василий, Федор, Иванов, Семен, Порфирий.
4. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
5. Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
6. Дом, сарай, изба, хижина, здание.
7. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
8. Ненавидеть, негодовать, презирать, возмущаться, наказывать.
9. Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
10. Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
11. Минута, секунда, час, вечер, сутки.
12. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
13. Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.
14. Лист, почка, кора, дерево, сук.
15. Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
16. Неудача, крах, провал, поражение, волнение.

Инструкция испытуемому. Вам предлагаются ряды, состоящие из 5 слов, в каждом из которых четыре сходны между собой, их можно объединить одним названием. Найдите в каждом ряду слово, не подходящее по смыслу к остальным, и назовите его, обозначьте одним словом оставшиеся.

Обработка и интерпретация результатов. При анализе оценивается уровень обобщения:

- **высший** — при использовании концептуальных понятий (отнесение к классу на основании существенных признаков);
- **средний** — при применении функционального уровня обобщения (отнесение к классу на основании функциональных признаков);
- **низкий** — при определенных обобщениях (отнесение к классу на основании конкретных признаков).

Исследование быстроты мышления

Методические материалы к лабораторным занятиям по общей психологии. — Кировоград, 1988.

Методика позволяет определить темп выполнения ориентировочных и операциональных компонентов мышления. Может использоваться как индивидуально, так и в группе.

Оснащение. Бланк со словами, в которых пропущены буквы. Секундомер.

Инструкция испытуемому. Перед вами столбцы слов, в которых пропущены буквы. Ваша задача вставить недостающие буквы. Каждый прочерк означает одну пропущенную букву. Слова должны быть существительными, нарицательными, в единственном числе. Старайтесь работать как можно быстрее. Для выполнения задания дается 3 мин.

Образец бланка

Д-ЛО	П-Л-А	З-О-ОК	С-Я-О-ТЬ
К-ША	О-Р-Ч	К-Н-А	К-С-А-НИК
С-ДА	К-Р-ОН	С-Е-ЛО	У-И-Е-Ь
В-ЗА	З-Р-О	К-Ы-А	А-Е-Ь-ИН
Н-ГА	В-С-ОК	Т-А-А	С-А-Ц-Я
М-НА	С-Г-ОБ	К-У-КА	Ч-Р-И-А
Д-ЛЯ	В-Т-А	С-А-КА	К-П-С-А
К-НО	П-Д-АК	С-У-А	Т-У-О-ТЬ
Б-ДА	П-Р-А	С-А-А	С-Е-О-А
Ч-ДО	Б-ЛОН	П-Е-А	К-Н-О-А

Обработка и интерпретация результатов. Подсчитать количество правильно составленных слов.

Показателем быстроты мышления и одновременно показателем подвижности нервных процессов выступает количество составленных слов:

- Менее 20 слов — низкая быстрота мышления и подвижность нервных процессов;
- 21–30 слов — средняя быстрота мышления и подвижность нервных процессов;
- 31 слово и более — высокая быстрота мышления и подвижность нервных процессов.

Память

Память рассматривается как психический процесс запоминания, сохранения и воспроизведения информации. Экспериментальное изучение памяти заключается обычно в том, что испытуемому предъявляют для запоминания какой-либо стимульный материал, который спустя некоторое время он должен узнать или воспроизвести. Важным показателем памяти является ее объем.

В ходе практических занятий предлагается определить объем кратковременной вербальной памяти и объем кратковременной образной памяти.

Определение объема кратковременной вербальной памяти

Развитие психофизиологических функций взрослых людей / Под ред. Б. Г. Ананьева, Е. И. Степановой. — М., 1976.

Оснащение. Список из 12 слов, секундомер, карандаш, бумага.

Материалом для запоминания служат 12 слов:

Молоток	Цех
Крик	Мысль
Существо	Мотор
Завод	Речь
Песня	Причина
Жизнь	Звонок

(*слова подбирались с учетом частоты их употребления в русском языке*).

Инструкция испытуемому. Сейчас вам будут названы 12 слов. Ваша задача запомнить их, а затем записать в любом порядке.

Исследователь зачитывает слова, время экспозиции 12 слов — 24 с.

После окончания предъявления слов, испытуемый записывает их, а исследователь регистрирует время воспроизведения.

Обработка и интерпретация результатов. При обработке результатов учитывается количество воспроизведенных слов количество допущенных ошибок, время воспроизведения. На первом этапе обработки рассчитывается интегральный показатель успешности — A, складывающийся из оценки за точность (B) и времени воспроизведения (T), при этом

$$B = \frac{c - m}{c - n \times 100},$$

где c — количество правильно воспроизведенных слов; m — количество ошибочно воспроизведенных слов; n — количество пропущенных слов.

T — среднее время, затраченное на воспроизведение одного слова, переведенное в шкальную оценку по табл. П-3.

Интегральный показатель успешности вычисляется по формуле

$$A = B + T.$$

Затем интегральный показатель успешности кратковременной вербальной памяти переводится в шкальную (20-балльную оценку) — табл. П-3.

Таблица П-3. Соотношение среднего времени и Т-баллов

Среднее время (с)	*T*-баллы
<3,4	1
3,4–11,4	0
11,4–17	–1
>17	–2

Определение объема кратковременной образной памяти

Оснащение. Карточка с изображенными на ней геометрическими фигурами (рис. П-3), секундомер, бумага, карандаш.

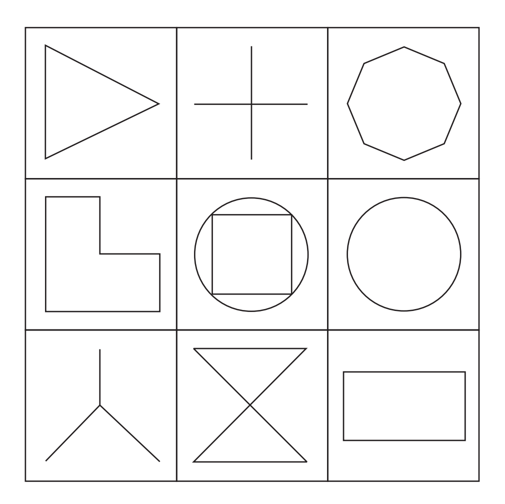


Рис. П-3. Набор фигур для изучения кратковременной образной памяти

Инструкция испытуемому. Сейчас вам будут показаны 9 геометрических фигур по порядку и только один раз. Ваша задача запомнить их, а затем зарисовать.

Фигуры предъявляются последовательно, время экспозиции 9 фигур — 18 с.

После окончания предъявления испытуемый рисует их в протоколе, исследователь регистрирует время воспроизведения.

Обработка и интерпретация результатов. При обработке результатов учитывается количество воспроизведенных фигур (c), количество ошибочно воспроизведенных фигур (m), количество пропущенных фигур (n), время воспроизведения (t).

На первом этапе обработки рассчитывается интегральный показатель успешности — A, складывающийся из оценки за точность (B) и скорость (T):

$$B = \frac{c - m}{c - n \times 100},$$

получаем путем перевода среднего времени воспроизведения одной фигуры в баллы по табл. П-4.

Таблица П-4. Шкальные оценки кратковременной вербальной (КВ) и кратковременной образной (КО) памяти

Оценка в баллах	Интегральная оценка	
	КВ	КО
19	—	—
18	—	101
17	90 и >	100
16	—	88–99
15	—	79–87
14	79–89	78
13	68–78	77
12	—	67–76
11	63–67	57–66
10	—	50–56
9	52–62	42–49
8	50–51	37–41
7	—	30–36
6	42–49	21–29
5	—	20
4	37–41	15–19
3	33–36	7–14
2	—	—
1	24–32	—
0	10–23	0–6

Интегральный показатель успешности вычисляется по формуле

$$A = B + T.$$

После чего он переводится в шкальную балльную оценку кратковременной образной памяти по табл. П-5.

Таблица П-5. Соотношение среднего времени и Т-баллов

Среднее время (с)	*Т*-баллы
<3,4	1
3,4–11,4	0
11,4–17	–1
>17	–2

Смысл перевода первичных интегральных оценок в шкальные заключается в том, чтобы получить возможность сопоставления индивидуальных данных с нормативной шкалой и определить уровень развития функции памяти в целом, определив соотношение вербальной и образной памяти.

Внимание

Внимание определяет направленность и сосредоточенность психической деятельности человека. К числу основных характеристик внимания относят объем, избирательность, устойчивость, концентрацию, распределение и переключение. Все перечисленные характеристики внимания представляют функциональное единство. Но для целей экспериментального изучения прибегают к их раздельному рассмотрению.

Наиболее распространенную группу лабораторных методов изучения внимания составляют бланковые методы, объединенные общим названием «корректурные пробы». Корректурные пробы могут состоять из разного рода стимулов: букв, цифр, геометрических фигур, текстов. Задача испытуемого заключается в обнаружении среди других стимулов заданного и в фиксировании его на бланке тем или иным способом.

Изучение избирательности и устойчивости внимания

Для изучения избирательности и устойчивости внимания предлагается вариант корректурной пробы с кольцами Ландольта.

Оснащение. Бланк с кольцами Ландольта (рис. П-4), который выдается каждому испытуемому индивидуально. Секундомер.

Инструкция испытуемому. На бланке изображены кольца с разным направлением разрыва. Если сопоставить кольца с циферблатом часов, то можно видеть, что разрывы имеют направление 13, 15, 17, 19, 21 ч и т. п. Ваша задача внимательно просматривать бланк по строчкам слева направо и вычеркивать вертикальной чертой только кольца, имеющие направление разрыва на 15 и на 17 ч. Общее время работы 5 мин. В конце каждой минуты по команде исследователя нужно ставить вертикальную черту в том месте, где вы в данный момент работаете. Испытуемым необходимо показать образцы колец, которые подлежат вычеркиванию. Работать могут одновременно 8–10 человек под наблюдением одного исследователя.

Рис. П-4. Бланк для изучения внимания

Обработка и интерпретация результатов. Обработка производится путем наложения трафарета правильных ответов на бланк испытуемого. Подсчитывается количество просмотренных колец (по 1 мин), количество ошибок (по 1 мин). Ошибкой считается как пропуск кольца, подлежащего зачеркиванию, так и зачеркивание кольца, не подлежащего зачеркиванию.

На основании полученных результатов строятся графики динамики устойчивости внимания, при этом на вертикальной оси откладываются количество просмотренных знаков и количество ошибок. На горизонтальной оси — время (мин). Снижение скорости и увеличение количества ошибок к концу работы свидетельствуют о низкой устойчивости внимания. Необходимо сказать, что устойчивость внимания многими исследователями трактуется как показатель умственной работоспособности в целом.

Кроме того, вычисляются два интегральных показателя внимания: точность (A) и продуктивность (E). Для вычисления точности суммируют n — количество ошибок за 5 мин работы; o — пропущенные знаки; c — неправильно зачеркнутые и подставляют значения в формулу:

$$A = \frac{n - o}{n + c}.$$

Для вычисления продуктивности суммируют количество просмотренных за 5 мин знаков (F), а затем продуктивность (E) вычисляют по формуле

$$E = A \times F.$$

Полученные результаты переводят в систему шкальных оценок.

Головей Л. А. Профессиональная ориентация в связи с индивидными и личностными особенностями человека // Проблема индивидуальности в онтопсихологии. — СПб., 1994 (табл. П-6*)*, в которой низким шкальным оценкам соответствуют низкая точность и низкая продуктивность. Соотнесение этих двух показателей позволяет говорить о стратегии испытуемого: точностной (при высоких оценках точности и низкой скорости) либо скоростной (при высокой скорости и низкой точности).

Эмоциональная сфера личности

Эмоции — одна из важнейших сторон психической жизни личности. В них выражается отношение человека к окружающему миру и к самому себе в форме переживания. В изучении эмоциональной сферы личности различают эмоциональные состояния, они носят временный характер и эмоциональные свойства — устойчивые характеристики человека.

Анализ эмоциональных состояний и свойств можно провести на примере тревожности.

Измерение ситуативной и личностной тревожности

Тревожность как состояние возникает в ситуациях неопределенности, когда характер или время угрозы не поддается предсказанию. Она проявляется как неясное, непонятное человеку чувство растущей опасности. Носит ситуативный характер.

Тревожность как свойство личности обусловливает готовность человека к тревожным реакциям, проявляющимся в постоянном беспокойстве и неуверенности в будущем.

Для исследования тревожности как состояния (ситуативной тревожности) и тревожности как свойства (личностной тревожности) используется опросник Спилбергера, адаптированный Ханиным.

Оснащение. Бланк шкал опросника самооценки Спилбергера, включающий в себя инструкции и 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности (СТ) и 20 — для оценки уровня личностной тревожности (ЛТ).

Таблица П-6. Шкальные оценки показателей внимания

Балл	Внимание	
	точность	продуктивность
0	0–0,21	100–121
1	0,22–0,26	122–137
2	0,27–0,31	138–153
3	0,32–0,36	154–169
4	0,37–0,41	170–185
5	0,42–0,46	186–201
6	0,47–0,51	202–217
7	0,52–0,56	218–233
8	0,57–0,61	234–249
9	0,62–0,66	250–265
10	0,67–0,71	266–281
11	0,72–0,74	282–297
12	0,35–0,44	298–313
13	0,78–0,80	314–329
14	0,81–0,83	330–345
15	0,84–0,86	346–361
16	0,87–0,89	362–377
17	0,90–0,92	378–393
18	0,93–0,95	394–409
19	0,96 и более	410–425

Исследование может проводиться как индивидуально, так и в группе. Испытуемым раздаются бланки и предлагается ответить на вопросы шкал согласно инструкциям, помещенным в опроснике. На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа.

Текст опросника Спилбергера

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

Инструкция испытуемому. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений (табл. П-7). Зачеркните цифру в соответствующей графе спра-

Таблица П-7. Ситуативная тревожность

№ п/п	Суждение	Ответы			
		нет, это не так	пожалуй, так	верно	совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

ва в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, так как правильных или неправильных ответов нет.

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция испытуемому. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений (табл. П-8). Зачеркните цифру в соответствующей графе справа, в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, так как правильных и неправильных ответов нет.

Обработка и интерпретация результатов. Подсчитать сумму баллов по всем ответам в соответствии с табл. П-9. При интерпретации показателей можно применять следующие шкалы:

- До 30 баллов — низкая тревожность или отсутствие таковой.
- 31–44 балла — умеренная тревожность.
- 45 и более — высокая тревожность.

Таблица П-8. Личностная тревожность

№ п/п	Ответы	Ответы			
		никогда	почти никогда	часто	почти всегда
1	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
2	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю непрятности и не могу о них забыть	1	2	3	4
6	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из–за пустяков	1	2	3	4
10	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я бываю доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Таблица П-9. Ключ

СТ		ЛТ	
номер суждения	**ответы**	**номер суждения**	**ответы**
1	4 3 2 1	1	4 3 2 1
2	4 3 2 1	2	1 2 3 4
3	1 2 3 4	3	4 3 2 1
4	1 2 3 4	4	1 2 3 4
5	4 3 2 1	5	1 2 3 4
6	1 2 3 4	6	4 3 2 1
7	1 2 3 4	7	4 3 2 1
8	4 3 2 1	8	1 2 3 4
9	1 2 3 4	9	1 2 3 4
10	4 3 2 1	10	4 3 2 1
11	4 3 2 1	11	1 2 3 4
12	1 2 3 4	12	1 2 3 4
13	1 2 3 4	13	1 2 3 4
14	1 2 3 4	14	1 2 3 4
15	4 3 2 1	15	1 2 3 4
16	4 3 2 1	16	4 3 2 1
17	1 2 3 4	17	1 2 3 4
18	1 2 3 4	18	1 2 3 4
19	4 3 2 1	19	4 3 2 1
20	4 3 2 1	20	1 2 3 4
Сумма СТ =		Сумма ЛТ =	

Методы изучения личности

Изучение направленности личности

Реан А. А. Психология изучения личности. — СПб., 1999.

Направленность определяет избирательность поведения человека в социальной среде. Выделяют три типа направленности в соответствии с ее объектом: на себя (личностная), на задачу (деловая), на взаимодействие с другими людьми (коллек-

тивистская). Для изучения направленности применяется методика Смекала и Кучера.

Оснащение. Текст методики Смекала и Кучера, бланк ответов (табл. П-10), ключ к опроснику (табл. П-11), образец итоговой таблицы результатов (табл. П-12), карандаш.

Инструкция испытуемому. На каждый пункт анкеты возможны 3 ответа, обозначенные буквами А, В, С. Из ответов на каждый пункт выберите тот, который лучше всего выражает вашу точку зрения, который для вас наиболее ценен или больше всего соответствует правде. Букву вашего ответа напишите в листе ответов против номера вопроса в столбике «Больше всего». Затем из ответов на этот же вопрос выберите дальше всего отстоящий от вашей точки зрения, наименее ценный для вас или менее всего соответствующий правде. Соответствующую букву напишите против номера вопроса, но в рубрике «Меньше всего». Для каждого вопроса используйте только две буквы, оставшийся ответ не записывайте нигде. Над вопросами не думайте слишком долго: первый выбор обычно бывает самым лучшим.

Текст опросника

1. Больше всего удовлетворения в жизни дает:
   А. Оценка работы.
   В. Сознание того, что работа выполнена хорошо.
   С. Сознание, что находишься среди друзей.
2. Если бы я играл в футбол, то хотел бы быть:
   А. Тренером, который разрабатывает тактику игры.
   В. Известным игроком.
   С. Выбранным капитаном команды.
3. Лучшими преподавателями являются те, которые:
   А. Имеют индивидуальный подход.
   В. Увлечены своим предметом и вызывают интерес к нему.
   С. Создают в коллективе атмосферу, в которой никто не боится высказать свою точку зрения.
4. Учащиеся оценивают как самых плохих таких преподавателей, которые:
   А. Не скрывают, что некоторые люди им не симпатичны.
   В. Вызывают у всех дух соревнования.
   С. Производят впечатление, что предмет, который они преподают, их не интересует.
5. Я рад, когда мои друзья:
   А. Помогают другим, когда для этого представляется случай.
   В. Всегда верны и надежны.

C. Интеллигенты и у них широкие интересы.

6. Лучшими друзьями считают тех:

A. С которыми складываются взаимные отношения.

B. Которые могут больше, чем я.

C. На которых можно надеяться.

7. Я хотел бы быть известным, как те:

A. Кто добился жизненного успеха.

B. Может сильно любить.

C. Отличается дружелюбием и доброжелательством.

8. Если бы я мог выбирать, я хотел бы быть:

A. Научным работником.

B. Начальником отдела.

C. Опытным летчиком.

9. Когда я был ребенком, я любил:

A. Игры с друзьями.

B. Успехи в делах.

C. Когда меня хвалили.

10. Больше всего мне не нравится, когда:

A. Я встречаю препятствие при выполнении возложенной на меня задачи.

B. В коллективе ухудшаются товарищеские отношения.

C. Меня критикует мой начальник.

11. Основная роль школы должна заключаться в:

A. Подготовке учеников к работе по специальности.

B. Развитии индивидуальных способностей и самостоятельности.

C. Воспитании в учениках качеств, благодаря которым они могли бы уживаться с людьми.

12. Мне не нравятся коллективы, в которых:

A. Недемократическая система.

B. Человек теряет индивидуальность в общей массе.

C. Невозможно проявление собственной инициативы.

13. Если бы у меня было больше свободного времени, я бы использовал его для:

A. Общения с друзьями.

B. Любимых дел и самообразования.

C. Беспечного отдыха.

14. Мне кажется, что я способен на максимальное, когда:

A. Работаю с симпатичными людьми.
B. У меня есть работа, которая меня удовлетворяет.
C. Мои усилия достаточно вознаграждены.

15. Я люблю, когда:
A. Приятно провожу время с друзьями.
B. Другие ценят меня.
C. Чувствую удовлетворение от выполненной работы.

16. Если бы обо мне писали в газетах, мне хотелось бы, чтобы:
A. Отметили дело, которое я выполнил.
B. Похвалили меня за мою работу.
C. Сообщили о том, что меня выбрали в комитет или бюро.

17. Лучше всего я учился бы, если бы преподаватель:
A. Имел ко мне индивидуальный подход.
B. Стимулировал меня на более интересный труд.
C. Вызывал дискуссию по разбираемым вопросам.

18. Нет ничего хуже, чем:
A. Оскорбление личного достоинства.
B. Неуспех при выполнении важной задачи.
C. Потеря друзей.

19. Больше всего я ценю:
A. Личный успех.
B. Общую работу.
C. Практические результаты.

20. Очень мало людей, которые:
A. Действительно радуются выполненной работе.
B. С удовольствием работают в коллективе.
C. Выполняют работу по-настоящему хорошо.

21. Я не переношу:
A. Ссоры и споры.
B. Отметание всего нового.
C. Людей, ставящих себя выше других.

22. Я хотел бы:
A. Чтобы окружающие считали меня своим другом.
B. Помогать другим в общем деле.
C. Вызывать восхищение других.

23. Я люблю начальство, когда оно:
    - A. Требовательно.
    - B. Пользуется авторитетом.
    - C. Доступно.
24. На работе я хотел бы:
    - A. Чтобы решения принимались коллективно.
    - B. Самостоятельно работать над решением проблемы.
    - C. Чтобы начальник признал мои достоинства.
25. Я хотел бы прочитать книгу:
    - A. Об искусстве хорошо уживаться с людьми.
    - B. О жизни известного человека.
    - C. Типа «Сделай сам».
26. Если бы у меня были музыкальные способности, я хотел бы быть:
    - A. Дирижером.
    - B. Солистом.
    - C. Композитором.
27. Свободное время с наибольшим удовольствием провожу:
    - A. Смотря детективные фильмы.
    - B. В развлечениях с друзьями.
    - C. Занимаясь своим увлечением.
28. При условии одинакового финансового успеха я бы с удовольствием:
    - A. Выдумал интересный конкурс.
    - B. Выиграл бы в конкурсе.
    - C. Организовал бы конкурс и руководил им.
29. Для меня важнее всего знать:
    - A. Что я хочу сделать.
    - B. Как достичь цели.
    - C. Как привлечь других к достижению моей цели.
30. Человек должен вести себя так, чтобы:
    - A. Другие были довольны им.
    - B. Выполнить прежде всего свою задачу.
    - C. Не нужно было укорять его за работу.

Обработка и интерпретация результатов. Если указанная в ключе буква занесена в рубрику «Больше всего», то испытуемому ставится знак «+» по данному виду направленности. Если же она расположена под индексом «Меньше всего», то ему ставится знак «–». Затем подсчитывают количество «+» и записывают их

в итоговую таблицу (табл. П-11) в соответствующие столбцы НС или ВД, или НЗ в соответствии с ключом (табл. П-12). Также подсчитывается количество минусов.

Количество «+» суммируется с количеством «–» (с учетом знака). Полученный результат записывается в итоговую таблицу в строку «Сумма». Наконец, к полученному числу прибавляется 30 (опять с учетом знака!). Этот показатель и характеризует уровень выраженности данного вида направленности. Общая сумма всех баллов по трем видам направленности должна быть равна 90.

Таблица П-10. Бланк ответов

Больше всего	Меньше всего	Больше всего	Меньше всего	Больше всего	Меньше всего	Больше всего	Меньше всего
1		9		16		24	
2		10		17		25	
3		11		18		26	
4		12		19		27	
5		13		20		28	
6		14		21		29	
7		15		22		30	
8				23			

Таблица П-11. Ключ к опроснику

Направленность на								
себя (НС)			взаимодействие (ВД)			задачи (НЗ)		
1. A	11. B	21. C	1. C	11. C	21. A	1. B	11. A	21. B
2. B	12. B	22. C	2. C	12. A	22. A	2. A	12. C	22. B
3. A	13. C	23. B	3. C	13. A	23. C	3. B	13. B	23. A
4. A	14. C	24. B	4. B	14. A	24. A	4. C	14. B	24. B
5. B	15. A	25. B	5. A	15. C	25. A	5. C	15. B	25. C
6. C	16. B	26. B	6. A	16. C	26. A	6. B	16. A	26. C
7. A	17. A	27. A	7. C	17. C	27. B	7. B	17. B	27. C
8. C	18. A	28. B	8. B	18. C	28. C	8. A	18. B	28. A
9. C	19. A	29. A	9. A	19. B	29. C	9. B	19. C	29. B
10. C	20. C	30. C	10. B	20. B	30. A	10. A	20. A	30. B

Таблица П-12. Образец итоговой таблицы

	НС	ВД	НЗ
Количество "+"			
Количество "–"			
Сумма			
+30			

Выявляется ведущая направленность. Полученные результаты интерпретируются следующим образом. Личностная направленность (на себя — НС) — характеризуется преобладанием мотивов собственного благополучия. Для такого человека характерно стремление к личному первенству, престижу; он чаще занят своими чувствами и переживаниями и мало реагирует на потребности других людей.

Направленность на взаимодействие с другими людьми (ВД) — определяющим для такого человека является потребность в общении, стремление поддерживать хорошие отношения с людьми, интерес к совместной деятельности.

Деловая направленность (на задачу — НЗ) — характеризуется увлечением процессом деятельности, стремлением к познанию, овладению новыми умениями и навыками.

Обычно у человека присутствуют все виды направленности при одной доминирующей.

Измерение локуса контроля личности

Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. — 1984. — Т. 5. — № 3.

Понятие локуса контроля было введено американским психологом Роттером. Под локусом контроля понимают склонность человека видеть источник управления своей жизнью либо преимущественно во внешней среде (тогда говорят об эстернальном локусе контроля), либо в себе самом (в этом случае говорят об интернальном локусе контроля). В случае интернального локуса контроля человек принимает ответственность за события, происходящие в его жизни, на себя, объясняет их своим поведением, характером, способностями. Люди с экстернальным локусом контроля склонны приписывать ответственность за все внешним факторам: другим людям, судьбе, случайности. Различия в локусе контроля находят свое отражение в личностных особенностях. Так, интерналы более уверены в себе, спокойны и благожелательны по отношению к другим. Экстерналы же характеризуются повышенной тревожностью, обеспокоенностью, конформностью, в то же время меньшей терпимостью по отношению к людям.

Оснащение. Для измерения локуса контроля используется методика УСК (уровень субъективного контроля). Авторы исходят из того, что локус контроля может по-разному проявляться в разных ситуациях, поэтому в методике предлагаются субшкалы: контроль в ситуациях достижения, в ситуациях неудачи, в области производственных и семейных отношений, в области здоровья. Опросник состоит из 44 пунктов.

Инструкция испытуемому. Внимательно прочитайте высказывания опросника, в случае если вы согласны с пунктом шкалы, поставьте «+3» в соответствующей графе, при несогласии — поставьте «–3».

Текст опросника

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного обстоятельства, чем от способностей и усилий человека.
2. Большинство разводов происходит от того, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатию других людей.
7. Внешние обстоятельства — родители и благосостояние — влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда полностью контролируются действия подчиненных, а не полагаются на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе чаще зависели от случайных обстоятельств (например, от настроения учителя), чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то я, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь они все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Дети вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я стараюсь не планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и степени подготовленности.

20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определять, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моей болезни или болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своем деле.
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
26. Я часто думаю, что ничего не могу изменить в сложившихся отношениях в семье.
27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.
28. На подрастающее поколение влияет так много разных обстоятельств, что усилия родителей по их воспитанию часто оказываются бесполезными.
29. То, что со мной случается, — это дело моих собственных рук.
30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают так, а не иначе.
31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего, не проявил достаточно усилий.
32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, чего я хочу.
33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виноваты другие люди, чем я сам.
34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно его одевать.
35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы разрешатся сами собой.
36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.
37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.
38. Мне всегда трудно было понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.
39. Я всегда предпочитаю принять решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.
40. К сожалению, заслуги человека остаются непризнанными, несмотря на все его старания.
41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.
42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.
43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.

44. Большинство неудач в моей жизни произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

Обработка и интерпретация результатов. Необходимо произвести сопоставление ответов с ключом и подсчитать количество совпадений как по шкале общей интернальности, так и по отдельным субшкалам (табл. П-13).

Ключ

Ио

\+ 2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44

– 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 40, 41, 43

Можно сравнить полученные данные со среднестатистическими показателями (табл. П-15), однако при качественном анализе данных (табл. П-14) следует учитывать, что часть испытуемых не может быть четко отнесена ни к одному из полюсов, а представляет промежуточный тип. Заслуживают внимания представления Реана о неоднозначности толкования интернального контроля в его влиянии на личность. Действительно, с одной стороны, многими исследователями доказан факт преобладания интернального контроля у высокоответственных и просоциальных лиц. Но необходимо учитывать, что человек, который постоянно берет на себя ответственность за все неудачи, промахи жизни, подвержен риску дезадаптации. В связи с этим Реан вводит понятие «хорошего интернального контроля», который сочетает в себе: интернальность в области достижений, интернальность в области неудач, при этом разделяет последнюю на экстернальность в области причин неудач и интернальность в области преодоления неудач. Это позволяет человеку сохранить уверенность в себе и активную позицию в преодолении неудач, не приобретая чувства вины и эмоциональной дезадаптации.

Таблица П-13. Обработка результатов

Ид		Ин		Ип		Ип		Ип		Ид	
+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–
12	1	2	7	19	1	4	6	13	3	2	7
15	5	4	24	22	9	27	38	34	23	16	14
27	6	20	33	25	10					20	26
32	14	31	38	42	30					32	28
36	26	42	40							37	41
37	43	44	41								

Таблица П-14. Интерпретация субшкал интернальности (интерпретация общей интернальности приведена во введении к заданию)

Названия шкал	Высокие оценки	Низкие оценки
Интернальность в области достижений (Ид)	Человек считает, что он сам добился всего хорошего, что было и есть в его жизни, и что он способен добиваться этого и в будущем	Человек приписывает свои успехи судьбе, везению, другим внешним факторам
Интернальность в области неудач (Ин)	Развито чувство самоконтроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, в неприятностях и страданиях склонен обвинять себя	Приписывает ответственность за неудачи и отрицательные события другим людям или считает их результатом невезения
Интернальность в области семейных отношений (Ис)	Считает ответственным себя за события, происходящие в его семейной жизни	Считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье
Интернальность в области производственных отношений (Ип)	Рассматривает свои действия как важный фактор организации производственной деятельности, отношений в коллективе, своей карьеры	Приписывает более важное значение руководству, коллегам по работе, везению или невезению
Интернальность в отношении здоровья и болезни (Из)	Считает себя ответственным за свое здоровье, если болен, обвиняет себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий	Считает болезнь и здоровье результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей

Таблица П-15. Статистические характеристики опросника (по данным Бажина Е. Ф. и соавт., 1984)

Показатели	Средние значения	Стандартные значения
Ио	33,4	23,4
Ид	6,2	8,3
Ин	8,4	7,9
Ис	3,6	7,1
Ип	11,8	8,1
Им	2,4	4,4
Из	4,4	3,5

ПРАКТИКУМ ПО НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Практическая направленность нейропсихологии во многом сопряжена со способностью адекватно качественно и количественно отражать нервно-психические расстройства, вызванные различными поражениями головного мозга, либо на основании зафиксированных изменений со стороны психических функций прогнозировать кортикальную или субкортикальную локализацию очага поражения. По отношению к детскому возрасту практическая проблематика часто смещается в сторону оценки функциональной недостаточности отдельных систем развивающегося мозга, специфики их гетерохронного становления, учета зоны ближайшего развития. Это позволяет нейропсихологу давать аргументированное заключение о готовности ребенка к школе, необходимости тех или иных коррекционных или реабилитационных мероприятий, лучшем построении учебных программ в общих и специализированных образовательных учреждениях и т. п.

Подобные задачи могут эффективно решаться только при владении конкретными методами и приемами, избирательно чувствительными к многочисленным формам когнитивных, мнестических, аффективно-мотивационных, двигательных и личностных расстройств, вызванных локальными поражениями мозговой ткани. Правильное толкование полученных в результате нейропсихологической диагностики качественных и количественных показателей предусматривает знание типичных симптомов, синдромов и нейропсихологических факторов, обобщенно репрезентирующих основную смысловую нагрузку в работе функциональных систем мозга или нейронных ансамблей. Принципы динамической системной локализации функций и полимодальность феноменологии психических расстройств при локальных поражениях мозга являются обязательными теоретическими предпосылками как при общем подходе к любому клиническому случаю, так и при интерпретации конкретного болезненного проявления.

Разработанные в соответствии с упомянутыми принципами комплексы стандартизированных методик обычно рассматриваются как целостные, логически упорядоченные психометрические батареи. Вместе с тем данное обстоятельство не является препятствием для комбинирования приемов, заимствованных из различных источников, если это отвечает конкретным диагностическим целям.

Примером классического воплощения творческого подхода к системному отражению нарушений высших психических функций является комплекс (батарея) методов качественного синдромального анализа, традиционно связанных с име-

нем Лурия. Получив мировое признание, этот комплекс в дальнейшем подвергался некоторым изменениям и пересмотрам, из последующих версий наиболее известна нейропсихологическая батарея Лурии–Небраски, критикуемая за известную вульгаризацию исходных теоретических посылок и концептуальных принципов Лурии, а также в связи с избыточной формализацией количественного подхода по отношению к регистрируемым изменениям со стороны психики.

Вместе с тем в последние годы именно количественный подход шкальных оценок, при котором в роли критериев выступают детализированные балльные градации выполнения проб, становится одним из ведущих направлений в совершенствовании нейропсихологического диагностического инструментария. При этом признаком ухудшения оценки являются либо действительно доступные для точного измерения количественные параметры (например, время выполнения пробы или число допущенных ошибок), либо качественные признаки, присутствие которых характеризуется экспертами как более тяжелое последствие поражения мозга. В последнем случае, при совокупном или индивидуальном клиническом опыте, для критики всегда остается открытым вопрос об адекватности отнесения данного балла определенному качественному признаку.

По мнению Вассермана, основные требования, которым должен соответствовать набор нейропсихологических проб для решения топико-диагностических задач, состоят в следующем.

1. Избирательная надежность и валидность в отношении тех высших психических функций, характеристика нарушений которых позволяет оценить их значение в динамике лечения. Это требование позволяет минимизировать количество самих проб.
2. Доступность для выполнения любому взрослому, практически здоровому испытуемому, что предполагает стандартизацию проб на нормативной выборке с учетом образовательного и культурного уровня лиц, из которых она состоит.
3. Включение в набор проб, отражающих не только выраженные и средние по тяжести нарушения высших психических функций, но и слабовыраженные, не обнаруживаемые при обычном клинико-психологическом исследовании (с помощью сенсибилизированных приемов).
4. Пригодность для сравнительной характеристики нарушений высших психических функций в динамике лечения и реабилитации, что достигается стандартизацией процедуры исследования.
5. Согласованность качественного, структурного анализа регистрируемого синдрома с количественной оценкой выраженности расстройств высших корковых функций.
6. Возможность привлечения для целей нейропсихологической диагностики патопсихологических и тестовых методик, не включаемых в стандартный набор.

Помимо подобных специфических для нейропсихологической диагностики требований на нее как на психологическую диагностику распространяется и систе-

ма правил отношения к испытуемому или пациенту как объекту исследования: индивидуальность подхода, всесторонность и целостность охвата исследуемых процессов, функций и состояний, оптимальность выбора стратегии исследования, приверженность этическим нормам.

Для практических упражнений предложены образцы известных нейропсихологических диагностических процедур, характеризующих различные аспекты анализа связи между возможными отклонениями психических функций и вариантами их системной динамической локализации в головном мозге человека, а также различные варианты подхода разработчиков методик к формам их воплощения. Поэтому данный практикум не может рассматриваться как исследовательская батарея, а лишь как иллюстрация к ряду направлений нейропсихологической диагностики.

Общее описание больного (по Глозман)

В ходе стандартизированной беседы с больным оценивают состояние трех областей психического функционирования: ориентировки в месте, времени, деталях своего анамнеза; критичность; адекватность поведения и эмоциональных реакций в ситуации обследования. При этом регистрируют наличие или отсутствие следующих симптомов:

1) нарушение ориентировки во времени;
2) нарушение ориентировки в месте нахождения;
3) дефекты воспроизведения анамнеза заболеваний, биографических данных;
4) конфабуляции;
5) полевое поведение;
6) негативизм;
7) резонерство;
8) нарушение чувства дистанции;
9) расторможенность, общее возбуждение;
10) пуэрильность, манерность;
11) навязчивость;
12) отсутствие активных жалоб;
13) отсутствие (снижение) переживания своих дефектов, эйфория;
14) эмоциональная лабильность;
15) насильственные эмоциональные реакции — плач, смех;
16) эмоциональная притупленность, безразличие;
17) напряженность, растерянность, тревожность.

Критерии балльных оценок (пример)

За ориентировку

0 — Пациент правильно анализирует все основные этапы своего заболевания, правильно и уверенно называет место своей последней работы и проживания, зна-

ет название, профиль и местонахождение лечебного учреждения, где он/она находится, ошибается не более чем на ±1 день при назывании текущей даты и даты поступления в больницу.

0,5 — Пациент отвечает на вопросы неуверенно, ошибается, но самостоятельно, без наводящих вопросов исправляет свои ошибки.

1 — Больной знает, что пребывает в больнице и в каком городе больница находится, но не знает ее профиля и названия (например, «в какой-то больнице в Москве»), правильно называет год и месяц, но ошибается более чем на 2 дня при указании числа, упускает некоторые важные детали в анамнезе заболевания.

2 — Больной говорит, что находится в каком-то лечебном учреждении, но не знает, больница это, поликлиника или реабилитационный центр, не знает, где (в каком городе) это лечебное заведение находится; при указании даты может назвать год и время года, но не может назвать ни месяц, ни число; затрудняется в локализации деталей анамнеза во времени, путает их последовательность.

3 — Конфабуляции. Больной утверждает, что находится дома, на работе, в гостях и т. д.; не знает времени дня (утро или вечер); затрудняется в назывании времени года; ничего не может сообщить из своих биографических и анамнестических данных. При этом больной находится в ясном сознании.

В случаях сомнений или сочетания нескольких критериев внутри одной балльной оценки исследователь здесь и далее увеличивает на 0,5 балла и ставит промежуточную оценку – 1,5 и 2,5 балла.

За адекватность

0 — Больной полностью контролирует свое поведение, и оно полностью соответствует ситуации обследования.

1 — Выявляется один из вышеуказанных симптомов 5–11 или 2–3 однократных, слабовыраженных и поддающихся самостоятельной коррекции больным без участия исследователя.

2 — Множество многократно возникающих симптомов, которые больной может скорригировать после того, как исследователь укажет на них.

3 — Стабильные, некорригируемые нарушения.

За критичность

0 — Больной полностью осознает свои дефекты, эмоционально адекватно и критично к ним относится.

1 — Выявляется один из вышеуказанных симптомов 12–17 или 2–3 однократных, слабовыраженных и поддающихся самостоятельной коррекции больным без участия исследователя.

2 — Множество многократно возникающих симптомов, которые больной может скорригировать после того, как исследователь укажет на них.

3 — Стабильные, некорригируемые нарушения.

Зрительный гнозис. Исследование этой функции предполагает дифференцированный подход к характеру стимульного материала, способного вероятностно

отражать различные варианты локализации коркового очага поражения. Самым общим признаком «заинтересованности» функциональных структур, ориентированных на сложные формы обработки визуальных стимулов, становятся дефекты узнавания реальных предметов и их изображений. Сенсибилизированным вариантом таких проб является опознание наложенных очертаний предметов в различных модификациях картинок Поппельрейтера, вычленение изображений из зашумленного фона (при этом плотность «шума» может произвольно меняться) либо узнавание предметов с недостающими деталями. Индикатором различной глубины зрительной предметной агнозии (R48.1) может стать не только полное неузнавание реальных предметов или их изображений, но и фрагментарность их восприятия либо попытки дополнить целое по догадке.

Специальными задачами в нейропсихологической диагностике зрительного гнозиса являются:

1. Выявление цветовой агнозии. Для более грубых расстройств могут использоваться идентификация чистых цветов (красный, синий, желтый), небольшие наборы окрашенных карточек (5–8, например из методики Люшера, цветные карандаши); для диагностики менее выраженных вариантов цветовой агнозии — специальные наборы цветных карточек (например, фрагменты из альбомов колеров), позволяющие по инструкции подбирать оттенки к чистым тонам, либо классифицировать цвета по оттенкам, либо корректно называть редко встречаемые цвета.

2. Исключение или подтверждение лицевой агнозии — узнавание знакомых и незнакомых лиц, для чего используют комплекты небольших по размеру портретов выдающихся и общеизвестных отечественных писателей (Толстой, Гоголь и др.), а также фотографии или двухцветные портреты не известных испытуемому лиц, предъявляемые ему как эталоны для запоминания и дальнейшего опознания среди ранее не предъявлявшихся сходных по стилевому оформлению образцов. Время предъявления эталонов может меняться, повышая или понижая чувствительность данной пробы.

3. Исключение или подтверждение оптико-пространственной агнозии (способности ориентироваться в пространстве с опорой на зрительный анализатор) с помощью пробы «узнавание времени на схематических часах без цифр», «слепых» компасов, на рисунках которых произвольно обозначена лишь одна часть света (например, юго-восток — ЮВ) и стрелка, направление которой требует идентификации, узнавание повернутого или перевернутого изображения бытового предмета. Исследование этого качества гностических функций может начинаться с предложения больному сориентироваться в том реальном пространстве, где он сейчас находится (нарисовать план отделения, рассказать, как из данного кабинета добраться до выхода), просьбы указать, какой из видимых предметов находится ближе или дальше.

Помимо вышеописанных исследования зрительной памяти могут предполагать исключение вербального фактора, мнемотехнически улучшающего результаты пробы. Используют наборы невербализуемых или полувербализуемых графических изображений (разнообразно ломаные кривые, амебовидные фигуры), предъявляемых испытуемому для запоминания и дальнейшего узнавания среди

других изображений того же набора. Явное ослабление подобных операций свидетельствует о расстройствах функционирования височно-теменных отделов правого полушария (у правшей). При этом патология специфических зрительных мнестических функций рассматривается как составная часть гностических расстройств, хотя формально может быть представлена в разделе исследований патологии памяти.

Сходные классификационные противоречия могут возникнуть и при исследовании такого сложного с точки зрения нейропсихологической организации расстройства, как агностическая алексия или буквенная агнозия, в которой присутствуют и зрительный и речевой компоненты. К распространенным пробам относятся узнавание букв при их автономном предъявлении и простые тексты, включающие буквы разных смешанных начертаний (по кеглю, наклону, прописные и строчные, с меняющейся жирностью, с засечками и без).

Неузнавание или смешение цифр, отражающие повреждения оптико-гностического характера, могут характеризоваться как одно из проявлений акалькулии (R48.8), вызванной поражением затылочно-теменных отделов левого полушария.

Роль симультанного фактора в зрительном восприятии может быть оценена с помощью узнавания и понимания содержания сюжетной картины, для чего больному необходимо установить смысловые связи между всеми ее компонентами и путем мыслительных операций вербализировать их общий смысл. Как правило, в качестве стимульного материала больным предлагаются копии известных живописных работ отечественных авторов, условные и даже схематичные сюжетные рисунки. Другим вариантом стимульного материала являются серии картин, объединенных общим сюжетом, что требует от пациента более активной мыслительной работы по восстановлению субъективно оправданного и объяснимого хода событий.

Сложности формирования зрительных представлений, вызова образов, хранящихся в долговременной специфической памяти, также могут служить основой для суждения о дефекте зрительного гнозиса. Больному или испытуемому обычно предлагают представить и описать несколько предметов, часто встречающихся в обыденной жизни (например, телефон, стул, огурец).

Акустический гнозис. Исследования этой функции помимо относительно простых проб на запоминание и воспроизведение различных ритмических структур, настукиваемых ладонями или карандашом по столу (данная проба не может использоваться, если у больного уже зарегистрированы персеверации, не связанные со «специфическими» нарушениями), предполагают наличие звуковоспроизводящей техники, обычно магнитофона, на котором могут быть записаны сложные акустические раздражители (шум проезжающей машины, льющейся воды, голоса животных и птиц) либо широко известные и узнаваемые в норме мелодии (первые фразы песен). Пробы на вопроизведения звуковых ритмов могут рассматриваться и как примеры исследования сукцессивного фактора.

Значительную роль при диагностике аритмии, слуховой агнозии или амузии играет сохранность слухового внимания, дефекты которого могут приводить к быстрой утрате или перепутыванию предъявленных образцов, к потере смысла и значения предметных звуков.

Исследование звуковысотной чувствительности возможно лишь с использованием специальной аппаратуры.

Соматосенсорный гнозис. Благодаря чрезвычайно сложной и полимодальной организации кожно-кинестетического анализатора для диагностики расстройств со стороны его коркового звена могут использоваться различные приемы, направленность которых обусловлена спецификой возможных клинических проявлений — как со стороны различных качественных составляющих симптомов и синдромов, так и с позиции высоты очага поражения теменных долей.

Для установления самой распространенной формы расстройства соматосенсорного гнозиса — тактильной агнозии применяются пробы на ощупывание плоских и объемных предметов с закрытыми глазами. В качестве стимулов могут использоваться самые разные подручные материалы — ключ, очки, небольшие игрушки, специально вырезанные из фанеры или плотного картона профили легко опознаваемых на ощупь геометрических фигур (квадрата, круга, звезды). Предпочтительно в наборах предъявляемых для этих целей предметов иметь такие, которые для здорового человека заметно отличаются по характеру (текстуре) своей поверхности.

Для анализа более простых компонентов соматосенсорного гнозиса используются прикосновения к различным частям тела с просьбой определить место прикосновения или дистанцию между точками двух одновременных касаний (для проведения второго варианта пробы обычно пользуются специальным циркулем, позволяющим количественно оценивать индивидуальные пороговые показатели и сравнивать их с нормативными данными для данного участка тела). Если человек имеет тенденцию игнорировать одно из двух одновременных касаний к симметричным точкам на двух руках, то это может свидетельствовать о расстройствах тактильного симультанного синтеза или расстройствах соответствующего специфического внимания.

Если в процессе клинического обследования предложить больному показать части собственного тела или описать их расположение в пространстве с закрытыми глазами и выясняется, что подобная задача для него невыполнима (это обычно имеет отношение к левой половине тела), можно говорить о признаках аутотопагнозии, вызванной поражением правой верхнетеменной доли мозга.

Память. Нейропсихологические методы исследования памяти предполагают две задачи: выявление расстройств специфической и неспецифической памяти. Первые эффективно оцениваются при пробах, оперирующих соответствующим анализатору качеством раздражителя (зрительные, акустические, тактильные и др.). Оценка вторых может производиться по совокупности результатов нескольких проб, не оставляющих сомнения в уровне поражения функциональных структур мозга. В любом случае предъявление материала для запоминания будет опосредоваться работой одного или нескольких анализаторных систем.

Помимо информации, черпаемой из беседы с больным, часто встречаемых и разнохарактерных жалоб на расстройства памяти (например, по типу Корсаковского синдрома (F04)) количественная оценка последних обычно производится с помощью тестов на кратковременное или долговременное произвольное запоминание: возрастающих числовых рядов, наборов слов, бессмысленных слогов, фигур или предметов, небольших рассказов, ритмов или музыкальных отрывков, серий

движений. Некоторые из этих проб могут проводиться как в зрительном, так и в вербально-акустическом варианте.

Расстройства мотивационного компонента памяти, связанные с поражениями мозга, хуже поддаются инструментальной фиксации, и их анализ строится на материале наблюдений за поведением человека (например, за количеством незавершенных действий, соотнесением намерений с результатами). Необходимо иметь в виду, что при изучении данного компонента психической деятельности взаимопроникающие расстройств памяти и расстройства внимания плохо дифференцируются друг от друга.

Воспроизведение запомненного материала может сопровождаться феноменами, дающими экспериментатору дополнительную информацию о степени и характере поражения мозга. К их числу относятся персеверации, замены забытых элементов по внешнему (в том числе акустическому) сходству или по смысловой близости, трудности воспроизведения последовательностей. Исследования непроизвольной памяти, роль и значение которой особенно высоки в детском возрасте, для формализованной оценки требуют более тонкой организации диагностического эксперимента, одним из разновидностей которого является такой, когда воспроизвести испытуемому предлагается не тот фрагмент стимульного материала, который оговаривался в инструкции.

Внимание. Самыми распространенными методами исследования внимания, принятыми как в общей психологии, так и в нейропсихологии, являются две бланковые методики: счет по Крепелину (сложение пар вертикально расположенных цифр, принципиальная возможность которого должна быть подтверждена сохранностью калькуляционных функций) и разные варианты корректурных проб — с разорванными в разных направлениях кольцами Ландольдта, цифрами, буквами, геометрическими фигурами или профильными фигурками животных (для детей). Общими для них является однообразие выполняемых операций, способное относительно быстро вызывать утомление и провоцировать отвлечения на посторонние раздражители, а в некоторых случаях и проявления астенизации. Исследованные с их помощью темп работы, колебания устойчивости, снижение объема и нарушения переключаемости внимания позволяют получить общую картину рассматриваемого психического процесса, выраженную в количественных критериях. Ценную информацию несут в себе кривые продуктивности, которые можно построить для произвольно заданных временны́х отрезков работы с методиками (обычно 30 или 60 с).

Таблицы Шульте («отыскивание чисел») представляют более сложную по затребованным психическим процессам методику. В ней помимо внимания играет роль характер сенсомоторных реакций и ориентировочно-поисковых движений взора, функциональное исполнение которых требует согласованной работы многих зон мозга. Поэтому кроме формальной фиксации времени работы с каждой таблицей и числа допускаемых ошибок от экспериментатора требуется собственное внимательное наблюдение за стилем работы больного с методикой — наличием неожиданных пауз, эмоциональными реакциями, возможностями улучшения деятельности с помощью громкой речи, а также учет внешних мотивов или отсутствие таковых.

Для анализа модально-специфических нарушений внимания, отличающихся от гностических расстройств, традиционно используются пробы с двойной стимуляцией, т. е. одновременным предъявлением двух зрительных, двух слуховых или двух тактильных стимулов (Хомская), при этом один из стимулов игнорируется, чего не происходит при сукцессивном их предъявлении.

В последние годы среди методов исследования внимания определенное место начали занимать их компьютерные варианты, расширяющие возможности предъявления стимулов и приравнивающие процедуру эксперимента к аппаратурной.

Эмоции. Инструментальное исследование эмоций на психологическом уровне ввиду исключительной субъективности является одной из наиболее сложных диагностических процедур. Как правило, предметом исследования является адекватность эмоционального реагирования на небезразличные стимулы, хорошо дифференцируемые по знаку здоровыми испытуемыми. В качестве непосредственного материала, предъявляемого больным, могут быть фотографии или рисунки лиц с положительной или отрицательной мимикой, сюжетные картинки, в которых присутствует известный аффективный фон или в которых эмоциональные роли персонажей достаточно определены. Источником оценки эмоциональной адекватности могут стать и стимульные материалы проективных процедур, например Тематический апперцептивный тест (ТАТ). Кроме вербальной характеристики изображенных эмоций испытуемому может быть предложено идентифицировать свое состояние с одним из персонажей или портретов. В некоторых исследовательских работах, посвященных нейропсихологии эмоции, используется показатель времени реагирования на эмоционально значимые слова какой-либо ассоциацией или продуктивность запоминания эмоционально значимых слов. Специальное направление в диагностике эмоций представляют дифференцировочные приемы, позволяющие уточнять связь нарушений аффективного реагирования с латерализацией очага поражения в коре одного из полушарий.

Мышление. Разнообразие диагностических приемов, оценивающих расстройства мышления при мозговых поражениях, определяется многогранностью аспектов самого «интеллектуального» из гностических процессов, большим числом его форм и составляющих операций. Часто доминирование в стимульном материале образных или вербально-логических компонентов является определяющим обстоятельством для суждения об эффективности функционирования правого или левого полушария либо их взаимодействия.

Традиционными пробами, оценивающими качественные и количественные стороны мыслительной деятельности, являются: классификация понятий или образов, стратегия которой своими предпосылками уходит в доминантность левой или правой гемисферы; исключение (лишнего) понятия или образа, для чего необходима операция поиска обобщающего фактора части предъявляемых в задании стимулов; поиск аналогий, предусматривающий необходимость установления логических связей между предлагаемыми парами понятий; понимание смысла рассказов, сюжетных картин, переносного смысла пословиц, поговорок, метафор, морали басен и юмора. Результаты последней серии заданий помимо мозговой организации собственно мыслительных операций несут на себе отпечаток зависимости от уровня образования, особенностей воспитания и социального опыта,

который должен учитываться еще до начала обследования. Так же нужно интерпретировать и понимание больным логики последовательных событий, устанавливаемых по упорядочиванию целостной серии сюжетных картин.

Калькуляционная функция занимает особое место в ряду мыслительных операций. Инструментальная реализация может быть представлена как простыми арифметическими примерами, так и достаточно сложными математическими задачами.

В процессе исследования мыслительной деятельности нейропсихолог должен помимо количественных параметров анализировать и качественные стороны исполнения пробы — наличие персевераций при выполнении счетных операций, необходимость внешней стимуляции при аспонтанности в интеллектуальной деятельности, невозможность организации исполнения заданий теста как программы.

Речь. Речь является во многом отражением мыслительных процессов и обусловлена работой многих мозговых механизмов, каждое звено которых несет относительно самостоятельную нагрузку. Поэтому внешне сходные проявления речевых расстройств (в частности, афазий (R47.0)) могут быть последствием повреждения разных функциональных систем мозга.

Дифференциально-диагностическими приемами, результаты которых могут сыграть роль в отнесении фиксируемых симптомов к синдрому той или иной формы афазии, являются следующие:

- характеристика спонтанной речи, которая может определяться в диалогическом исследовании по серии стандартных вопросов (цель — оценка речевой активности, снижение которой возможно, например, при динамической афазии);
- называние предметов или предметных изображений, забывание которых (но не искажение звукового состава слова) вероятно при амнестической афазии;
- пробы на автоматизированную речь (проговаривание таких «шаблонов», как числовые ряды, дни недели, месяцы), имеющие значение при грубой афферентной моторной афазии;
- пробы на понимание значения слов (исключение отчуждения смысла слов), выявленные дефекты которого могут свидетельствовать о признаках рецептивной афазии;
- пробы, включающие сложные обороты речи, отражающие различные варианты пространственно-временны́х и других отношений между представленными понятиями (родительного падежа, раньше/позже, над/под, инвертированных конструкций), непонимание которых типично для семантической афазии.

К расстройствам, в структуре которых речь играет ведущую роль, относятся письмо и чтение. К аграфическим и алексическим ошибкам, выявляемым при соответствующих пробах, относятся литеральные или вербальные параграфии, чтение по «догадке», паралексии, перескакивание взора с одного участка текста на другой или игнорирование одной половины поля зрения (текста). Одной из чувствительных проб по оценке способности обрабатывать письменную речевую информацию является проба на чтение текста (или классификация букв), написан-

ного разными шрифтами. Важной дифференцирующей процедурой выявления способности больного на вербальном уровне принципиально понимать (но не акустически исполнять понимаемое) является раскладывание подписей под сюжетными картинками.

Ни одна из нейропсихологических проб на речевые расстройства, вырванная из контекста всего комплекса исследований, не может служить основанием для постановки того или иного диагноза.

Полный перечень приемов исследования речевой функции, сведенный к специальной оценочной шкале, равно как и количественно оцениваемые паттерны симптомов с оценкой в баллах для различных форм афазий, приводят Вассерман и соавторы. Количественные критерии для конкретных речевых проб разработаны Глозман.

Праксис и конструктивные действия. Двигательная или поведенческая активность человека является итогом всех протекающих в мозге и организме человека психических процессов. Поэтому в широком смысле любое систематическое отклонение от нормы в действиях или поведении может интерпретироваться как нарушения функционирования какого-то звена центральной или периферической нервной системы. Одновременно это порождает бесконечное многообразие симптоматических проявлений, включение которых в психотический, невротический, неврологический или иной контекст ставит перед исследователем задачу дифференцирования случайного и типичного, специфичного для той или иной нозологической формы или дисперсного в широком слое патологии. В нейропсихологии, как правило, имеют в виду способы сведения регистрируемой двигательной или поведенческой патологии к той или иной форме апраксий (R48.2).

Самый общий праксис позы может быть подвергнут оценке с помощью повторения больным поз тела и конечностей, которые принимает исследователь (в динамике — это пробы Хеда на пространственную организацию движений), либо с помощью повторения поз пальцев руки. Реципрокная координация рук устанавливается пробой Озерецкого: одновременным постукиванием по столу правой — сжатой в кулак и левой — раскрытой ладонью, а затем — наоборот. Недостаточность фактора сукцессивности может быть замечена при предложении больному повторять серийные движения типа «кулак–ребро–ладонь».

Одной из наиболее простых проб, направленных на выявление признаков оптико-пространственной апрактоагнозии, применяемой как на взрослых, так и на детях, является рисование предметов, начиная от самых простых (куб) и кончая композиционными решениями типа «дом—дерево—человек». При этом каждый элемент предметного изображения оценивается по наличию или отсутствию значимых признаков. Близкой по диагностическому содержанию является проба на срисовывание стандартных фигур. В обоих случаях учитываются наклон рисунков, характер линий, пропорциональность.

Дефекты конструктивного праксиса у детей легко улавливаются с помощью методики «доски Сегена», имеющих прорези различной формы для размещения в них соответствующих плоских фигур. Более сложной по исполнению представляется методика «кубики Коса», в которой из специфически окрашенных граней по образцу складывается рисунок. Церебральное обеспечение подобной деятель-

ности связано с функциональной нагрузкой на теменно-затылочные и лобные отделы мозга.

Для решения диагностических задач, имеющих отношение к экспрессивной речи и ее расстройствам, используют пробы на оральный праксис (улыбнуться, сложить губы трубочкой, высунуть язык), а также письменные задания, предполагающие способность актуализировать графемный строй речи. Естественно, что помимо собственно речевой стороны в характеристиках почерка или того, что от него сохранилось, будут видны и общие расстройства моторики.

По окончании всех этапов нейропсихологического обследования собранная информация должна фиксироваться в специально разработанных картах, где предусмотрена возможность исчерпывающего качественного и количественного отражения зарегистрированных симптомов и формальных (паспортных) характеристик больного. Структурная организация карты должна обеспечивать легкость ее дальнейшей статистической обработки.

ПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ

Методики для исследования памяти

1. Методика «10 слов»

Методика используется для изучения непосредственного (кратковременного, долговременного) произвольного запоминания, диагностики сужения объема памяти, истощаемости мнестической деятельности.

Инструкция. Обследуемому зачитывают 10 слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (табл. П-16). После зачитывания предлагается воспроизвести слова в любом порядке. Затем слова зачитываются повторно. Нормальным считается воспроизведение 10 слов после 3–5 повторений, при тренированной памяти — после 2 повторений. Через 60 мин испытуемому снова предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке.

Выделяют следующие показатели:

- количество воспроизведенных слов;
- динамика воспроизведения слов (кривая произвольного запоминания).

Результаты теста свидетельствуют о следующих особенностях запоминания.

Непосредственное запоминание не нарушено, если обследуемый непосредственно после зачитывания 10 слов воспроизводит в 3–5 попытках 9–10 слов. Непосредственное запоминание нарушено, если обследуемый сразу после зачитывания 10 слов воспроизводит в 5 попытках и более (до 10 повторений) менее 7 слов. Чем меньше слов воспроизводится, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного звена произвольного запоминания.

Долговременная память не нарушена, если через 60 мин без предварительного предупреждения обследуемый воспроизводит не менее 7 запоминаемых слов. Долговременная память снижена, если через 60 мин без предварительного предупреждения обследуемый воспроизводит менее 7 запоминаемых слов.

Проба на запоминание 10 слов выявляет и наличие сужения объема внимания. В этих случаях обследуемый при следующем повторении, называя новые слова, уже не воспроизводит слова, фигурировавшие в предыдущем предъявлении. При этом суммарные результаты после каждого повторения мало отличаются.

2. Методика диагностики оперативной памяти

Инструкция. Для запоминания обследуемому предъявляются 10 рядов чисел по 5 в каждом (табл. П-17). Необходимо запомнить их в порядке называния, затем сложить в уме первое число со вторым, второе — с третьим, третье — с четвертым и т. д. в каждом ряду. Полученные четыре суммы испытуемый записывает на листе. Числа зачитываются один раз, интервал между зачтением рядов — 15 с.

Таблица П-16. Воспроизведение слов

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Мел										
2. Сор										
3. Конь										
4. Шкаф										
5. Звук										
6. Стул										
7. Рот										
8. Лен										
9. Игла										
10. Тень										
Ретенция (спустя час)										

Таблица П-17. Диагностика оперативной памяти

1	5, 2, 7, 1, 4
2	3, 5, 4, 2, 5
3	7, 1, 4, 3, 2
4	2, 6, 2, 5, 3
5	4, 4, 6, 1, 7
6	4, 2, 3, 1, 5
7	3, 1, 5, 2, 6
8	2, 3, 6, 1, 4
9	5, 2, 6, 3, 2
10	3, 1, 5, 2, 7

Результаты. Подсчитывается число правильно найденных сумм (максимальное их число — 40). Норма взрослого человека — от 30 и выше.

3. Методика «Повторение цифр в прямом и обратном порядке» (тест из методики Векслера)

Инструкция. Испытуемый должен повторить ряды цифр в прямом, а затем в обратном порядке. За каждую правильно повторенную испытуемым цифру засчитывается 1 балл (табл. П-18).

Максимальная оценка — 15 баллов.

О низкой переключаемости свидетельствует разница между суммой итоговых баллов, набранных за «обратный счет» и прямой.

4. Проба на ассоциативную память

Проба на ассоциативную память является одним из вариантов исследования опосредованного запоминания.

Инструкция. Обследуемому зачитывают 10 пар относительно однородных слов, между которыми легко устанавливаются смысловые связи. Исследователь

Таблица П-18. Повторение цифр

Повторение цифр в прямом порядке	Баллы
5 8 2	3
6 9 4	3
6 4 3 9	4
7 2 8 4	4
4 2 7 3 1	5
7 5 8 3 6	5
6 1 9 4 7 3	6
3 8 2 4 9 7	6
5 9 1 7 4 2 8	7
4 1 7 9 3 8 6	7
5 8 1 9 2 6 4 7	8
3 8 2 9 5 1 7 4	8
2 7 1 3 6 9 5 8 4	9
7 1 3 9 5 2 4 6 8	9

Повторение цифр в обратном порядке	Баллы
2 4	2
5 8	2
6 2 9	3
4 1 5	3
3 2 7 9	4
4 9 6 8	4
6 1 8 4 3	5
5 3 9 4 1	5
7 2 4 8 5 6	6
8 1 2 6 3 9	6
7 2 8 1 9 6 5	7
9 4 3 7 6 2 5	7
4 7 3 9 1 5 8 2	8
5 7 1 8 2 6 4 3	8

или экспериментатор зачитывает эти слова четко, отделяя пары паузами. Затем он зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый называет второе слово.

Пример: река — море, яблоко — груша, гармонь — гитара, утро — вечер, брат — сестра, золото — серебро, пальто — шапка, голубь — ворона, автомобиль — троллейбус, книга — тетрадь.

Здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда — сразу, после первого зачитывания слов.

5. Методика «Пиктограммы»

Методика направлена на исследование особенностей опосредованного запоминания, его продуктивности, особенностей мыслительной деятельности.

Инструкция. Экспериментатор дает испытуемому лист бумаги и карандаш и дает следующую инструкцию: «Вам будут названы слова и целые выражения, которые необходимо запомнить. Для того чтобы облегчить себе запоминание, на каждое слово нужно нарисовать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог вам вспомнить соответствующее слово. Качество рисунка не имеет никакого значения, важно лишь, чтобы он помог вам при запоминании. Не пишите ни слов, ни букв». Инструкцию следует предъявлять один раз, повторение ее допускается лишь в ответ на прямую просьбу испытуемого. Испытуемому предлагаются для запоминания 10–15 слов и словосочетаний. Через 40–60 мин испытуемому предлагается воспроизвести по рисункам заданные слова.

Примеры набора слов и словосочетаний

1-й набор:

1) веселый праздник,
2) тяжелая работа,
3) развитие,

4) вкусный ужин,
5) смелый поступок,
6) болезнь,
7) счастье,
8) разлука,
9) дружба,
10) темная ночь,
11) печаль.

2-й набор:

1) глухая старушка,
2) война,
3) строгая учительница,
4) девочке холодно,
5) слепой мальчик,
6) богатство,
7) голодный ребенок,
8) побег,
9) надежда,
10) зависть,
11) веселая компания.

В ходе выполнения методики оцениваются:

1. Особенности выполнения рисунков (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям).
2. Расположение рисунков на листе.
3. Принципы запоминания.
4. Оригинальность или стандартность.

Выделяют несколько вариантов изображений.

Стандартные образы, если рисунки совпадают в контексте культуры (например, изображение флагов, шаров для запоминания понятия «веселый праздник»).

Атрибутивные образы, если при изображении понятий используется принадлежность к чему-то, т. е. преобладают рисунки, отражающие неотъемлемую часть понятия (например, изображение блюд, ассоциирующихся со вкусным ужином).

Конкретные образы, если рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).

Метафоры, если для изображении понятия берутся конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце, при изображении понятия «болезнь»).

Индивидуально значимые образы, если при изображении понятий используются значимые для данного человека образы (например, изображение ребенка как объяснение понятия «счастье»).

«Органичность» графики, если в рисунках преобладают незаконченные линии, штриховка в тех случаях, когда предполагается завершенность (круг), повторные линии, персевераторные включения.

Грубая органическая графика, если преобладают макрографии, подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

Геометрические изображения, если понятия запоминаются с помощью геометрических фигур.

В норме у здоровых испытуемых преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы.

Методики для исследования внимания

1. Корректурная проба (методика *Bourdon*)

Методика направлена на исследование способностей концентрации внимания и его устойчивости.

Инструкция. Исследование производится с помощью специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке цифр (или букв). Необходимо зачеркнуть одну или две цифры/буквы (табл. П-19). При этом через каждые 30–60 с по указанию психолога ставится отметка (вертикальная черта) на просматриваемой строке и продолжается работа до конца страницы. Регистрируется время, затраченное на выполнение задания, количество ошибок и темп выполнения задания. В норме задание выполняется за 8–11 мин. Допускается до 10 ошибок.

Существенное значение имеет распределение ошибок в течении опыта во время выполнения задания. Ошибки могут допускаться «равномерно», по всей таблице, могут наблюдаться преимущественно в конце исследования в связи с истощаемостью или в начале исследования в связи с замедленной врабатываемостью. Учитывается характер ошибок: пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других, расположенных рядом или внешне похожих цифр/букв. С. Я. Рубинштейн рекомендовала графически отображать результаты корректурной пробы. На графике совмещаются две кривые:

- изменение скорости работы (по количеству просмотренных за единицу времени цифр/букв);
- изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы времени).

Такие графики позволяют в динамике выявить утомляемость больных, неустойчивость их внимания либо, наоборот, их врабатываемость, проявляющуюся в улучшении качества работы.

Можно определить также индекс утомляемости (*ИУ*) по формуле

$$ИУ = \frac{t_1}{t_2},$$

где t_1 — время выполнения 1-й горизонтальной половины таблицы; t_2 — время выполнения 2-й половины таблицы. Чем меньше *ИУ*, тем больше вероятность повышенной утомляемости испытуемого, снижения уровня активного внимания

Таблица П-19. Корректурная проба

5	6	8	5	6	9	2	4	3	6	0	1	5	0	3	0	5	8	0	7	6	0	1	2	5	5	7	9	4	6	3	2	1	4	7	3	2	5	8	9
4	2	5	7	4	4	0	6	8	9	3	5	7	4	6	8	9	5	1	2	4	6	5	5	8	7	7	6	3	2	1	1	5	6	8	1	9	4	4	5
6	8	6	3	2	7	8	5	1	2	5	6	9	8	7	9	6	9	6	5	3	6	5	9	8	8	7	7	4	5	6	3	2	5	8	9	0	2	6	8
2	0	4	6	3	0	7	8	2	0	6	5	4	9	6	3	0	2	5	4	7	9	6	8	4	3	5	6	1	5	7	8	9	2	0	4	2	0	3	5
1	7	4	0	6	0	8	7	5	6	3	8	9	4	5	9	8	7	6	5	4	2	3	1	8	6	5	4	7	5	3	9	6	2	8	4	1	0	2	5
6	0	2	8	4	5	0	3	7	0	2	5	8	6	9	3	9	5	9	8	9	6	5	7	4	2	3	6	9	4	6	8	7	2	5	2	0	1	4	7
8	5	2	3	6	9	6	5	4	1	2	3	0	7	8	0	0	8	2	0	2	0	4	6	0	3	2	6	4	9	8	2	3	0	2	4	0	1	7	0
5	0	5	2	1	4	5	6	3	8	9	6	3	0	2	5	0	1	4	7	1	4	0	6	3	9	5	8	5	7	5	2	1	4	6	3	5	2	1	4
2	0	2	3	6	5	4	2	3	6	5	2	6	6	5	8	4	2	3	0	1	0	2	8	5	4	9	6	3	5	7	7	4	4	1	2	3	6	9	5
2	0	2	5	8	4	5	6	3	2	1	0	2	5	8	5	4	1	2	3	0	2	5	8	5	4	1	2	0	1	4	5	0	2	6	5	8	5	3	6
5	4	7	6	9	5	2	4	1	0	2	3	5	8	5	1	2	6	9	0	2	5	8	0	0	2	4	7	5	6	3	2	1	4	5	6	3	2	5	9
8	7	5	4	2	1	3	6	5	8	9	2	0	2	5	7	9	2	2	8	4	5	0	2	8	9	6	5	4	7	8	9	6	5	4	7	9	2	0	1
4	5	6	3	2	0	1	4	4	5	6	8	7	4	6	3	0	5	7	0	3	1	0	5	0	1	5	0	2	5	8	6	4	0	2	0	1	0	3	0
4	5	6	2	7	1	0	2	3	6	5	4	3	1	7	8	9	8	9	7	6	8	9	4	8	2	0	8	4	5	7	9	2	4	5	6	4	9	0	8
0	7	1	4	3	9	7	5	8	0	2	3	7	5	6	0	2	0	1	0	3	0	8	0	7	6	5	4	9	5	1	4	2	3	8	6	7	9	2	4
5	8	7	3	2	1	6	8	1	9	6	2	0	5	7	6	3	2	1	4	3	6	8	4	5	6	7	2	0	5	0	6	0	4	0	9	0	6	0	5
0	3	1	2	8	0	2	5	4	6	8	2	6	7	3	1	9	6	4	2	5	8	3	1	9	4	0	3	0	6	4	0	8	0	5	0	1	0	9	0
6	0	3	0	8	4	0	4	6	2	6	8	6	5	9	1	3	2	4	2	8	2	6	5	7	3	0	8	4	0	6	9	2	1	6	5	8	0	3	1
3	4	7	0	2	2	2	0	1	9	5	0	7	0	3	4	6	5	2	0	9	4	0	6	4	0	7	6	0	1	6	5	4	9	9	8	8	6	5	4
8	5	8	2	8	3	1	6	7	5	9	7	5	4	3	9	0	5	1	6	4	8	6	5	0	4	8	0	2	9	0	7	0	8	0	6	0	4	3	0
6	8	0	5	7	4	1	6	9	8	2	3	7	3	9	1	2	7	6	4	3	8	5	0	2	7	9	0	9	8	9	6	8	5	6	5	4	5	4	5
4	7	3	2	9	5	8	1	0	6	0	4	5	6	3	3	3	9	2	6	2	8	6	7	3	4	9	0	2	4	4	6	5	3	0	7	3	0	5	0
9	0	4	0	6	5	8	2	1	6	3	2	5	8	6	4	7	5	3	2	1	4	6	7	4	3	6	4	2	9	8	0	2	4	7	6	5	3	2	1
8	9	2	0	4	5	7	3	1	2	6	8	4	1	6	5	7	0	5	3	6	6	5	3	1	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	9	8	7
6	5	4	3	2	1	0	2	0	4	0	6	1	9	1	7	1	3	4	6	0	5	8	0	6	4	7	6	3	2	9	5	1	4	8	5	6	3	2	5
4	1	6	9	8	7	3	2	1	6	8	4	5	9	2	1	0	2	3	5	4	0	3	6	8	7	9	5	1	0	2	3	5	4	9	6	3	2	1	0
2	5	8	7	5	6	2	2	8	6	5	1	9	7	3	5	8	4	6	2	8	5	1	5	6	9	8	4	2	3	5	8	7	9	6	8	7	4	5	2
1	9	8	3	5	1	4	6	5	8	7	5	6	4	5	4	5	8	3	2	1	9	0	2	5	7	0	0	2	6	8	4	0	4	5	6	3	9	8	7
5	2	8	0	7	6	0	8	4	9	0	3	1	9	5	8	7	3	6	4	5	2	7	6	8	5	2	1	9	6	3	0	2	4	7	5	1	3	2	6
9	8	4	2	1	6	2	0	5	4	6	8	5	2	1	6	9	8	7	4	5	6	2	2	9	8	7	4	4	5	6	3	3	8	9	7	5	4	2	6
3	9	1	0	5	0	0	3	6	6	9	8	4	2	7	7	1	9	3	7	5	6	4	5	4	8	2	3	7	9	0	2	8	4	6	3	0	8	4	5
6	6	8	7	4	4	1	1	9	8	3	1	9	3	9	4	5	6	6	4	0	0	6	8	4	5	2	3	5	9	6	4	7	0	1	4	7	6	5	4
8	8	6	3	2	5	4	4	1	7	1	3	6	9	8	5	2	0	2	5	6	7	8	9	6	5	4	3	5	8	9	5	7	7	6	1	8	9	9	3
7	5	8	0	2	3	7	5	6	0	2	0	1	0	3	0	8	0	7	6	9	2	1	0	2	3	5	4	0	3	6	8	7	9	4	6	3	1	2	0
2	5	8	7	4	1	3	3	6	6	3	2	1	4	3	6	8	4	5	6	7	2	0	5	0	6	0	4	0	9	0	3	3	6	7	1	8	3	4	6
1	6	4	7	0	2	2	2	0	1	9	5	0	7	0	3	4	6	5	2	0	9	4	0	6	4	0	7	6	0	9	6	5	4	9	9	8	8	6	5
8	4	0	4	6	2	6	8	6	5	9	1	3	2	4	2	8	2	6	5	7	3	0	8	4	0	6	9	2	1	6	5	8	0	3	1	0	2	5	8
7	5	4	2	1	3	6	5	8	9	2	0	2	5	7	9	2	2	8	4	5	0	2	8	9	6	5	4	7	8	9	6	5	4	7	9	2	0	1	7
4	3	6	8	4	5	6	7	2	0	5	0	6	0	4	0	9	0	6	0	5	0	6	8	4	5	2	3	5	9	6	4	7	0	1	4	7	6	5	4
6	4	7	0	2	2	2	0	1	9	5	0	7	0	3	4	6	5	2	0	9	4	0	6	4	0	7	6	0	1	6	5	4	9	9	8	8	6	5	4
9	0	4	0	6	5	8	2	1	6	3	2	5	8	6	4	7	5	3	2	1	4	6	7	4	3	6	4	9	9	8	0	2	4	7	6	5	3	2	1
5	8	7	3	2	1	6	8	1	9	6	2	0	5	7	6	3	2	1	4	3	6	8	4	5	6	7	2	0	5	0	6	0	4	0	9	0	6	0	5
2	0	2	5	8	4	5	6	3	2	1	0	2	5	8	5	4	1	2	3	0	2	5	8	5	4	1	2	0	1	4	5	0	2	6	5	8	5	3	6
9	0	4	0	6	5	8	2	1	6	3	2	5	8	6	4	7	5	3	2	1	4	6	7	4	3	6	4	5	9	8	0	2	4	7	6	5	3	2	1
4	5	6	2	7	1	0	2	3	6	5	4	3	1	7	8	9	8	9	7	6	8	9	4	8	2	0	8	4	5	7	9	2	4	5	6	4	9	0	8
5	4	7	6	9	5	2	4	1	0	2	3	5	8	5	1	2	6	9	0	2	5	8	0	0	2	4	7	5	6	3	2	1	4	5	6	3	2	5	9
3	6	7	9	4	2	8	5	0	1	5	6	4	9	6	5	4	3	2	8	5	0	1	6	7	3	5	4	6	9	8	2	8	7	5	7	4	7	3	0
2	9	0	1	0	9	7	0	5	0	9	0	3	8	5	4	6	5	8	6	3	0	1	4	7	9	8	4	6	2	3	0	5	1	4	9	8	7	4	3
0	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	2	5	8	7	4	1	3	6	9
1	5	7	2	6	5	4	2	3	6	5	2	6	6	5	8	4	2	3	0	1	0	2	8	5	4	9	6	3	5	7	7	4	4	1	2	3	6	9	5

и умственной работоспособности (учитываются также факты аспонтанности, необходимости побуждения к действию и т. п.). Анализируются и факторы функциональной асимметрии внимания (*AB*). С этой целью подсчитывается количество ошибочно зачеркнутых или пропущенных цифр/букв в правой и левой половинах таблицы. Возможно вычисление коэффициента *AB* по формуле

$$KAB = \frac{M_1}{M_2},$$

где M_1 — количество ошибок в правой половине таблицы, M_2 — в левой.

2. Счет по Крепелину

Методика предназначена для исследования работоспособности — упражняемости и утомляемости, а также для исследования волевых усилий. Можно использовать ее для изучения психического темпа, колебаний внимания, переключаемости.

Инструкция. Производится сложение цифр в столбцах, состоящих из двух подписанных друг под другом цифр (табл. П-20). Шульте (Schulte) предложил при получении в сумме двухзначного числа записывать только единицы, отбрасывая десяток. Например, вместо суммы 15 пишется 5. Однако это затрудняет для некоторых больных выполнение задания и поэтому не является обязательным условием. Через каждые 15–30 с исследуемый делает отметку (ставит вертикальную черту), где он остановился, и переходит на сложение следующей строки. Если соединить окончания отметок по строкам, то получится кривая работоспособности, которая отражает темп и равномерность выполнения задания, выявляет наличие истощаемости, врабатываемости. Чем больше пиков имеет кривая работоспособности, тем больше напряжение воли, внимания.

Таблица П-20. Сложение цифр

3	4	3	4	4	8	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	8	8	3
3	4	6	5	7	8	4	3	5	5	4	2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4

Подсчитывается также количество сложений и допущенных ошибок для каждого отрезка времени.

Коэффициент работоспособности рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{раб}} = S_2 : S_1$$

где S_2 — сумма правильно выполненных сложений последних четырех строк; S_1 — сумма правильно выполненных сложений первых четырех строк.

Если $K_{раб}$ приближается к единице, то это означает, что утомления практически не происходит. Большая разница между суммами говорит о нарушении врабатываемости (испытуемому трудно включиться в работу); увеличение ошибок к концу работы указывает на повышенную утомляемость; если количество ошибок не нарастает, а колеблется, отмечают колебания внимания; если к концу ошибки вообще исчезают — это признак научения и хорошей врабатываемости.

3. Проба Мюнстерберга

Методика направлена на определение избирательности внимания, сенсомоторной реактивности и активности внимания.

Инструкция. «Среди буквенного текста есть слова. Ваша задача — просматривая строку за строкой, как можно быстрее найти эти слова. Найденные слова подчеркивайте». В тексте содержится 25 слов. Учитывается количество подчеркнутых слов и количество ошибок, т. е. пропущенных и неправильно выделенных слов, время выполнения задания — 2 мин (табл. П-21).

Таблица П-21. Проба Мюнстерберга

бсолнцевтргщоцрайонзгучновостьъхэьгчяфактьукэкзаменрочягщельбое

шгцкпрокуроргурстабеютеорияентоджебьамхоккейтрунцыфцуйгайхтим

телевизорболджщзхюэлгщьбпамятьшогхеюжпждргоаврпеквосприятиеуч

йцукенгшизхъфываюпродлюбовьпавкосрсрвивмспектакльсжащпоитчры

бюлерадостьилцзашгеьиадслоаенародсмтвлщиэыютвотмрепортажстлыл

ждорлафываюефбьербконкурслцшулаотмласлличностьбмвпомдьаллвмл

эпрплаваниесжфдсвьтмоьмтсоюкомедиядсрымлижаьалфотчаяниетэжца

ячвтлджэхьгфтансенлабораториясврьмббжлпидзвлоолваоснованиевжал

щдэркентаопрукгвсмонтрпсихиатрияроблмстьйфясмтзацивтзхмтпртмва

4. Отыскивание чисел по таблицам Шульте

Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания: скорости ориентировочно-поисковых движений взора, распределения и объема внимания к зрительным раздражителям. Методика позволяет исследовать скорость переключения внимания, работоспособность и упражняемость.

Инструкция. Исследование проводится с помощью специальных таблиц, где в случайном порядке расположены числа от 1 до 25. Размер таблицы — 60 × 60 см (табл. П-22). Таблицы Шульте обладают равной степенью трудности, они почти не запоминаются, и поэтому в процессе исследования их можно использовать

повторно. Обследуемый находится на таком расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Ему дается задание отыскивать числа по порядку, каждое показывать указкой и называть вслух. По секундомеру отмечается время, которое затрачивается на каждую таблицу. Можно отмечать количество чисел, которые обследуемый находит каждые 30 с, либо время, которое обследуемый потратил на нахождение каждых пяти чисел.

Таблица П-22. Таблицы Шульте

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

9	9	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
18	12	24	16	4
8	15	2	10	22

5	14	12	23	2
18	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Для оценки результатов сравнивают время, затрачиваемое обследуемым на каждую таблицу (в норме это 30–40 с). Подсчитывают:

- *эффективность работоспособности*: среднее время выполнения задания по всем таблицам делят на 5;
- *степень врабатываемости*: время выполнения задания по 1-й таблице делят на эффективность работоспособности (в норме — до 1);
- *показатель психической устойчивости*: время выполнения задания по 4-й таблице делят на эффективность работоспособности (в норме — до 1).

Результаты можно выразить графически. Существенное значение имеет равномерность темпа выполнения задания: обычно здоровые обследуемые ведут поиск чисел в таблицах равномерно, иногда наблюдается ускорение темпа сенсомоторных реакций в последующих таблицах. Если же поиск ведется неравномерно, то следует уточнить характер этого явления — признак ли это повышенной истощаемости или запаздывающей врабатываемости. Неравномерность психической деятельности заметна, когда испытуемый останавливается и не может найти следующую цифру (чаще это происходит при сосудистом поражении головного мозга).

Иногда при выраженных расстройствах активного внимания больной допускает в работе ошибки — пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее (например, 8 вместо 3). Сочетание нарушенного внимания и повышенной истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок при выполнении задания по каждой последующей таблице.

Методики для исследования мышления

1. Методика «Выделение существенных признаков»

Методика выявляет понимание обследуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Характер выделения признаков свидетельствует о преобладании абстрактного или конкретного стиля мышления.

Инструкция. К слову, стоящему перед скобками, подобрать два слова — признаки предмета или явления, — расположенных в скобках и являющихся неотъемлемыми признаками слова перед скобками.

Примеры стимульного материала:

1. **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, круглость, печать).
8. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).
9. **Газета** (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. **Война** (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

2. Методика «Сходство» (тест из методики Векслера)

Инструкция. Необходимо установить определенные отношения между однородными и разнородными понятиями. Методика позволяет судить об уровне обобщения, умении выделять родовые и видовые понятия, о способности к абстрагированию (табл. П-23).

3. Методика Эббингауза

Методика используется в детской практике, а также для оценки интеллектуального развития, характера ассоциативной деятельности взрослых или детей. Применяются тексты с пропущенными словами. Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа и ознакомившись с последующими фразами.

Инструкция. «В рассказе необходимо написать пропущенные слова, закончив предложения».

Таблица П-23. Методика «Сходство»

	Сходство		Оценка 0 1 2
1	Апельсин — банан		
2	Пальто — платье		
3	Топор — пила		
4	Собака — лев		
5	Стол — стул		
6	Глаз — ухо		
7	Север — запад		
8	Поэма — статуя		
9	Яйцо — зерно		
10	Поощрение — наказание		
11	Древесина — спирт		
12	Воздух — вода		
13	Муха — дерево		
		Общая оценка	

Над городом низко повисли снеговые ________ . Вечером началась _________ . Снег повалил большими __________ . Холодный ветер выл, как дикий ________ . На конце пустынной и глухой ____________ вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с ____________ пробиралась по ________ . Она была худа и бедно ________ . Она продвигалась медленно вперед, валенки хлябали и ___________ ей идти. На ней было плохое __________ с узкими рукавами, а на плечах __________ . Вдруг девочка ____________ и, наклонившись, начала что-то ___________ у себя под ногами. Наконец она стала на _________ и своими посиневшими от _________ ручонками стала ___________ по сугробу.

Во время выполнения задания могут обнаруживаться нарушения критичности мышления: слова вставляются случайно, иногда — лишь по ассоциации с близко расположенными к недостающему. Допускаемые при этом нелепые ошибки обследуемый иногда не исправляет даже после замечания исследователя.

4. Методика «Классификация» (*Goldstein*)

Методика применяется для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. В процессе исследования выявляется отношение больного к ситуации эксперимента и к характеру задания, его отношение к ошибкам — сам ли он их замечает или после подсказки исследователя, исправляет ли допущенные ошибки или отстаивает их.

Инструкция. Для исследования используют стандартный набор карточек с изображением различных предметов, растений, животных, людей (подготовлен в лаборатории экспериментальной патопсихологии Московского НИИ психиатрии). В проведении опыта выделяют два основных этапа. На первом этапе обследуемый самостоятельно раскладывает карточки по группам: одежда, мебель, школьные принадлежности, орудия труда, измерительные приборы, люди. Выделение ис-

пытуемым этих групп свидетельствует о сохранности процессов обобщения и отвлечения. На втором этапе (по просьбе экспериментатора) обследуемый образует более общие группы — растения, животные и предметы. Этот этап характеризует более высокую ступень обобщения.

Ход опыта тщательно протоколируется. Отмечаются все группировки — правильные и ошибочные. Важно отметить в протоколе отношение больного к обнаруженной ошибке — исправляет ли он ее, не повторяется ли эта ошибка впоследствии. Регистрируются рассуждения больного в процессе выполнения задания, так как в них нередко содержится мотивировка ошибочного суждения.

В качестве примеров ниже приведены четыре заключения патопсихологических исследований больных, проведенных с диагностической целью.

Примеры (варианты)

Заключение 1

Больной К., 45 лет, заместитель начальника лаборатории института. Поступил в НИПНИ им. В. М. Бехтерева с подозрением на эпилепсию (G40).

Больной жалоб на умственную работоспособность не высказывает. Часто подчеркивает, что «здоров и почти ничем серьезным не болел». В беседу с экспериментатором вступает охотно, подробно и чрезмерно обстоятельно рассказывает о малосущественных аспектах собственной жизни, фиксирован на деталях, однако методики выполняет с явным неудовольствием. В целом выражает пренебрежительное отношение к предлагаемым тестовым заданиям и к деятельности экспериментатора как таковой. Утверждает при этом, что ему — человеку известному в городе, профессору, доктору физико-математических наук, а кроме того, музыканту, поэту и вообще человеку всесторонне развитому и даже гениальному, разбирающемуся, помимо этого, еще и в психологии, ему несколько претит подвергаться столь примитивному исследованию. Говорит при этом, что все задания — это лишь формальность, поскольку: «Сегодня я могу говорить одно, а завтра — совсем другое» (цитата). Несмотря на это, от выполнения методик испытуемый не отказывается, на вопросы отвечает подробно и развернуто, интересуется, хорошие ли у него результаты, старается произвести благоприятное впечатление на экспериментатора. В целом же тяготится ситуацией исследования, сам прерывает работу, мотивируя свой отказ тем, что у него есть важные дела и ему нужно уходить, либо тем, что устал.

Реакции обследуемого на успех и неудачу в ходе психологического эксперимента не всегда адекватные. Так, при неудаче он пытается отобрать у экспериментатора стимульный материал со словами: «А давайте теперь я вас проверю, сможете ли вы успешно выполнить это задание!», затем успокаивается и продолжает работу дальше.

Фон настроения лабильный, с тенденцией к понижению. Эмоциональные реакции высокой интенсивности и продолжительности, не всегда адекватны ситуации. Отмечается недостаток аффективного контроля. При эмоциональной поддержке испытуемый оживляется, начинает улыбаться, работоспособность его при этом незначительно улучшается. В те моменты, когда пациент перестает чувствовать,

что им активно интересуются и восхищаются как личностью и профессионалом, он приходит в состояние раздражения. Когда же речь заходила о его болезненном состоянии и возможной связи последнего с имеющимися у него проблемами психологического характера, испытуемый становился мрачно-озлобленным и даже агрессивным, укоряя экспериментатора в примитивности суждений и желании все свести к элементарным вещам, когда в действительности все очень сложно. При этом активно отрицает факт наличия у него болезненного состояния как такового, утверждая, что он абсолютно здоров в психическом плане. Аффективные вспышки сопровождались у обследуемого яркими вегетативными проявлениями и тремором пальцев рук.

Истинную причину своего заболевания испытуемый видит в слабости своей нервной системы, крайней эмоциональной впечатлительности, в наличии гипертрофированного чувства справедливости и долга и сильных интеллектуальных перегрузках. Говорит, что у него есть проблемы личного характера, которые он знает, понимает и представляет, как их решать, однако его настоящее состояние не позволяет этого сделать. Объясняя свое состояние, больной делал акцент на том, что является полноценным человеком, у которого в силу тяжелых жизненных обстоятельств случился нервный срыв. Называет себя состоявшимся, очень успешным человеком в сфере профессиональных достижений.

К допускаемым ошибкам критичен частично, исправляет лишь их незначительную часть, в целом же ошибочные суждения обследуемого в эксперименте не корригируются. Замечания экспериментатора о неправильности решения тех или иных заданий, как правило, подвергаются критике со стороны испытуемого, а его собственный вариант рассматривается им как более правильный.

В целом темп работы медленный, работоспособность низкая.

Целью настоящего обследования явилось получение дополнительных экспериментально-психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов, качественный анализ интеллекта для верификации ведущего патопсихологического симптомокомплекса.

Внимание. Время выполнения испытуемым проб на внимание превышает среднестатистическую норму. Темп исполнения заданий медленный, при незначительной утомляемости. При среднем объеме внимания (5 информационных единиц при норме 5–7) у исследуемого отмечаются низкая концентрация и устойчивость внимания на объектах (он выполнил корректурную пробу за 18 мин, допустив 30 ошибок, распределение ошибок в начале и конце исследования равномерное, при норме до 10–15 ошибок за 6–11 мин). Признаков астенической истощаемости у него не выявлено, т. е. ухудшения качества работы со временем не происходит. Кроме того, отмечаются затруднения переключаемости внимания. Определяется снижение избирательности внимания.

Память. Показатели течения мнестической деятельности оказались ниже среднестатистических временных норм. В пробе на непосредственное произвольное запоминание испытуемый воспроизвел 10 слов лишь к 8-му предъявлению (в норме после 3–5 предъявлений должен быть воспроизведен 90–100%-ный объем информации). После первого предъявления назвал 5 слов (средний показатель объема кратковременной памяти), к третьему предъявлению — уже 7, однако при после-

дующих предъявлениях не смог восстановить тот же объем информации. Кривая запоминания, отражающая динамику интеллектуальной работоспособности, имеет торпидный характер, что может расцениваться как признак ригидности, тугоподвижности психической деятельности. Продуктивность долговременного запоминания оказалась средней и составила 70% при норме 70–100%. Оперативная кратковременная память, требующая активного переструктурирования усвоенной информации, значительно ослаблена (13 при норме 30 и выше) в силу повышенной утомляемости, недостаточной пластичности психической деятельности.

При исследовании процесса опосредованного произвольного запоминания (логическая память, память, опосредованная через мышление) испытуемый оказался относительно успешным. Эффективность составила 80% (в норме — 80–100%). Пиктограммы имели преимущественно индивидуально-символический характер, при этом ассоциативные образы были четко и аккуратно прорисованы, изобиловали лишними деталями, были эмоционально насыщены, но не всегда адекватны по содержанию предъявляемым стимулам. Процесс точного воспроизведения по пиктограммам при этом был относительно успешен. В большей части созданных образцах-ассоциациях отсутствовала условность. Например, для запоминания слова «сомнение» больной придумывает следующий образ и ведет такое рассуждение: «Я раскрываю утреннюю газету, быстро просматриваю вторую страницу, но предварительно я написал свою заметку и жду, что ее напечатают в этом номере, так как в предыдущем не было... быстро пробежал одну страницу — заметки нет, у меня возникают сомнения — будет ли в этом номере напечатана моя статья... открываю следующую страницу, допустим, это газета "Неделя", опять нет, несколько страниц просмотрел, у меня возникает волнение — напечатают или нет; в конце концов я открываю предпоследнюю страницу и нахожу свою корреспонденцию, сомнение мое исчезает». При запоминании слова «справедливость» у пациента возникает образ со следующими пояснениями: «Показан мальчик пяти лет, у него была в руках конфета, у него выхватил конфету мальчик десяти лет и пытался убежать, но здесь взрослый, увидев эту сцену, успел схватить мальчика десяти лет за руку, подвести к мальчику пяти лет, и тот возвращает ему конфету. Совершать такие поступки несправедливо по отношению к малышам... взрослый им напоминает, что надо быть справедливыми».

Мышление. У испытуемого выявлены достаточно выраженные нарушения операциональной стороны мышления по типу снижения уровня обобщения и отвлечения. Как правило, в суждениях пациента доминировали непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменялось установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении более сложных экспериментальных заданий (простые и сложные аналогии, исключения, установление сходства) испытуемому оказалось трудно из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Таким образом, у него затруднен процесс дифференцировки существенных признаков от несущественных, второстепенных. Преобладает конкретно-действенный тип мышления. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено. Например, операция классификации предметов, в основе которой лежат выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества дру-

гих его конкретных свойств, вызывает затруднение. Больной часто прибегает к ситуационному принципу образования групп. Создает большое количество мелких групп на основании довольно конкретной предметной связи. Так, объединяет в одну группу посуду и весы: «Это все предметы для приготовления пищи... весы тоже к кухне подходят... они способствуют лучшему приготовлению пищи... в поваренной книге предусматривается состав в граммах... нужно что-то взвесить, например для приготовления торта, надо знать все в граммах».

Страдает целенаправленность мыслительной деятельности и частично — критичность мышления. Однако, несмотря на нарушения операциональной стороны и вязкость мышления, неспособность к ясным и точным формулировкам, можно говорить об относительной сохранности категориального строя мышления. Личностный компонент мышления относительно сохранен (соскальзываний, разноплановости, резонерства не выявлено).

Резюме

Определяются нарушения концентрации и устойчивости внимания без явных признаков истощаемости психической деятельности, нарушения переключаемости и избирательности активного внимания, недостаточность мнестической деятельности (затруднение механической памяти) при относительно сохранном, компенсирующем недостаток биологической памяти, несколько своеобразном опосредованном звене произвольного запоминания. Диагностируется нарушение операциональной стороны мышления по типу снижения уровня процессов обобщения и отвлечения при относительной сохранности продуктивности и категориального строя мышления. Выявляются инертность, вязкость, тугоподвижность мыслительной деятельности. Выявлены негрубые нарушения личностного компонента мыслительной деятельности — снижение целенаправленности и критичности мышления при сохранном высоком интеллектуальном уровне. Отмечаются завышенная самооценка, индивидуализм, манерность, склонность к рассуждениям. Выявленные нарушения когнитивных процессов, таким образом, укладываются в рамки органического (ригидного варианта) патопсихологического симптомокомплекса.

Заключение 2

Больной Б., 25 лет, студент, поступил в НИПНИ им. В. М. Бехтерева с предположительным диагнозом шизофрения (F20–F29).

При проведении психологического обследования испытуемый неохотно вступает с экспериментатором в контакт, ему не удается поддерживать контакт до окончания эксперимента. Спустя непродолжительное время от начала обследования он неожиданно прекращает выполнение методик, замыкается, принимает «зажатую позу», утверждая при этом, что ему очень трудно сосредоточиться, так как «мысли останавливаются, расплываются в голове, слова мало что значат, трудно уловить их смысл, они будто все одинаковые». Затем работоспособность и продуктивность снова восстанавливаются. Испытуемый не интересуется проводимым исследованием и его возможными результатами. Мотив экспертизы как таковой не формируется, но от работы с экспериментатором пациент не отказывается.

Доброжелательная обстановка и эмоциональная поддержка не влияют на продуктивность работы, однако создают почву для формирования более доверительного контакта. Фон настроения ровный, с тенденцией к понижению. Мимические проявления бедные, но иногда появляются движения, похожие на гримасничанье. В целом движения немногочисленные, скованные. Часто обследуемый «застывает» в одной позе, фиксирует взгляд в одной точке. Голос тихий. Речь правильная, плохо модулирована. Эмоциональные реакции низкой интенсивности и продолжительности, аффект несколько уплощен.

В беседе обследуемый говорит мало, на конкретно поставленные вопросы отвечает расплывчато, витиевато и в конечном счете малоинформативно. При проведении эксперимента пассивен, несколько заторможен. Темп работы средний. Утомляемость незначительная. Элементы непродуктивности встречаются вне связи с утомляемостью. Отмечаются невысокий уровень трудоспособности, мотивационная и волевая недостаточность.

При расспросе испытуемый предъявляет малоструктурированные жалобы на бессонницу, возбужденное, тревожное состояние, раздражительность, ощущение, что иногда перед сном слышит голоса, «как бы за стеной квартиры», обсуждающие его, высказывает слабооформленные идеи отношения, отмечаются жалобы дисморфофобического характера.

Целью психологического обследования явилось определение особенностей когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления), качественный анализ интеллектуальной деятельности и описание профиля личности для верифицирования шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

Внимание. Пробы на внимание исследуемый выполнил в рамках среднестатистических временны́х норм. Темп исполнения заданий оставался высоким при незначительно повышенной утомляемости. Определяется средняя способность к концентрации произвольного (волевого) внимания на объектах, невысокая степень устойчивости внимания (некоторое снижение способности к удержанию требуемой интенсивности внимания в течение длительного промежутка времени). Так, корректурную пробу испытуемый выполнил за 7 мин 41 с (при норме 6–8 мин), допустив при этом всего 6 ошибок (в норме — до 10–11, не более 15). Однако распределение ошибок в течение опыта было неравномерным, все ошибки оказались сконцентрированными в конце исследования, что свидетельствует о тенденции к нарастанию утомляемости при выполнении монотонной деятельности.

При этом выявлен средний объем внимания на цифры (7 информационных единиц) и средний — на словесный материал (7 информационных единиц) при норме 5–7 простых, не связанных между собой стимулов.

Не нарушен процесс переключения с одного элемента на другой. Испытуемый способен относительно быстро и продуктивно включиться в новую деятельность или переключиться с одного ее вида на другой (не выявлено признаков тугоподвижности психических процессов).

Таким образом, у обследуемого были диагностированы: средняя концентрация при некоторой неустойчивости активного внимания, признаки утомляемости при

выполнении монотонной деятельности, хорошая врабатываемость, низкая отвлекаемость внимания.

Память. Обнаружены средние показатели течения мнестической деятельности. В методике на непосредственное произвольное запоминание (механическую память) испытуемый верно воспроизвел 90% предъявленных стимулов уже ко второму предъявлению, а 100% предъявленных стимулов — к третьему, однако в дальнейшем запоминание было неустойчивым, обследуемый не мог стабильно удерживать весь объем запомненной информации. В норме к 3–5 предъявлению должно быть воспроизведено 100% предъявленных стимулов, и в динамике запоминание должно оставаться устойчивым, т. е. весь объем предъявленной информации должен удерживаться. Кривая запоминания 10 слов имела у испытуемого характер высокого плато, что при отсутствии клинически определяемого снижения памяти является косвенным признаком наличия аффективноличностных изменений. Полученные результаты тем не менее соответствуют средненормативным показателям (среднестатистической возрастной норме) и свидетельствуют о сохранности мнестической деятельности.

После первого предъявления обследуемый воспроизвел 7 слов (средний показатель объема кратковременной памяти, норма — 5–9).

Высокой оказалась оперативная память, требующая активного переструктурирования усвоенной информации. Полученный обследуемым балл по субтесту «Арифметика» методики Векслера соответствует интеллекту в диапазоне очень высокой нормы. Испытуемый получил по данному субтесту максимально возможный результат: 17 баллов при средней норме 9–10 стандартных баллов. Оперативная память — это синтез долговременной и кратковременной памяти. Этот вид памяти обслуживает деятельность человека.

Продуктивность долговременного запоминания оказалась высокой — 100% (при норме 70–100%). То есть диагностирована сохранная ретенция (удержание информации длительное время) при достаточно продуктивном ее запоминании, усвоении.

При исследовании процесса опосредованного произвольного запоминания (логической памяти) испытуемый ошибок не допускал. Эффективность составила 100% (норма — 80–100%). Пиктограммы отличались оригинальностью и имели преимущественно индивидуально-символический, реже — конкретный характер. При этом рисуемые образы были эмоционально не насыщены. Процесс точного воспроизведения по пиктограммам затруднен не был, однако сам процесс опосредования отличался недостаточной логичностью (из-за стремления испытуемого опираться не на формальную логику, а рассматривать явления через призму собственного, индивидуалистичного восприятия).

Следовательно, можно говорить о сохранности непосредственного звена произвольного запоминания (механической памяти) и сохранном, но несколько своеобразном вследствие эгоцентрических тенденций в мышлении опосредованном звене произвольного запоминания (логической памяти, осуществляющейся с помощью мышления). Грубых модально специфических нарушений запоминания, хранения и воспроизведения информации не выявлено, основные операции мне-

стической деятельности сохранны. Мотивационно-волевой компонент мнестической деятельности не нарушен.

Мышление. При исследовании мыслительной деятельности у испытуемого были выявлены нарушения операциональной стороны мышления, относящиеся сразу к двум крайним вариантам: снижению уровня обобщения и искажению процесса обобщения, которые вместе, как правило, не встречаются, поскольку одно (снижение) предполагает неумение абстрагироваться, выйти за пределы частных, единичных связей и конкретных деталей, а другое (искажение) представляет собой «отлет» от конкретных связей, выраженный в чрезвычайно утрированной форме, когда суждения отражают лишь случайную сторону явлений.

В суждениях пациента были представлены нарушения по типу конкретно-ситуационных сочетаний. Такого рода поверхностные суждения имеют преходящий характер и являются следствием повышенной истощаемости умственной работоспособности, когда происходит временное снижение уровня интеллектуальной деятельности.

Кроме того, у испытуемого обнаружено нарушение операциональной стороны мышления по типу искажения процесса обобщения и отвлечения: словесно-логические связи недостаточно опираются на конкретные свойства и признаки предметов, существенные отношения между предметами мало принимаются во внимание. Исследуемый зачастую производил обобщение по несущественным, формальным признакам, с элементами резонерства и разноплановости, что особенно наглядно проявилось при выполнении методики «сравнение понятий», например:

1. «Обман — ошибка», общее — «это относится к человеку, из обмана вытекают ошибки, а ошибка может быть невольным обманом»; различное — «ошибка случайна, обман — это действие, сделанное специально».

2. «Сказка — песня», общее — «названия разделов творчества, сказка может быть в стихотворной форме, как песня, они оба о чем-то нереальном, оба состоят из слов»; различное — «песня поется, сказка рассказывается, песня может не нести в себе смысла, в ней нет сюжета, а в сказке есть начало, середина, итог, вывод, она чему-то учит, песня короткая, сказка длинная».

3. «Девочка — кукла», общее — «имеют части тела, кукла сделана по человеческому подобию, их можно одеть в платья, похожи внешне»; различное — «девочка живая, кукла — неживой предмет, у девочки свое поведение, а куклой управляют, девочка умеет разговаривать разумно, а у куклы речь записана».

4. «Картина — портрет», общее — «на них изображено что-то, они могут висеть на стене, украшать что-то, их рисуют, они написаны художником»; различное — «на портрете — человек, на картине — все, что угодно, портрет может быть фотографией, а картина подразумевает, что ее писали».

Испытуемый легко производит обобщение несравнимых понятий на основе латентных признаков, например:

5. «Река — птица», общее — «окружающий нас мир, природа, отдельная от нашего Я, птица на сколько-то процентов состоит из воды, как река, птица и река связаны с движением»; различное — «река относится к мертвой природе, птица — к живой, птица питается, река питает».

6. «Ботинок — карандаш», общее — «это предметы, которые можно потрогать, карандашом можно начертить на листе, ботинком — на земле, в использовании обязательно участвует часть тела: карандаш держится в руке, ботинок — на ноге», различное — «карандаш из дерева, ботинок из кожи и резины, карандаш для письма, ботинок, чтобы носить на ноге, ботинок — грубый предмет, чтобы защищать от непогоды, карандашом можно написать литературное произведение».

7. «Яблоко — кошка», общее — «относятся к живой природе, их при желании можно съесть, это может быть пищей», разное — «кошка — животное, яблоко — растение, кошка способна на инстинктивные действия, яблоко просто висит на дереве, практически как предмет».

Кроме того, обобщение на основе латентных признаков, элементы разноплановости мышления были выявлены и по другим методикам.

Выполняя методику «Классификация предметов», обследуемый создавал большое количество подгрупп, был склонен к чрезмерной детализации, при этом предметы из одной группы могли одновременно принадлежать еще и к другой группе (элементы разноплановости мышления). Так, например, исследуемый выделил большую группу «люди», поделил ее на три подгруппы: «мужчины», «женщины», «ребенок», подгруппу «мужчины» разделил еще на две подгруппы: «профессии» и «спортсмен», а затем группу «люди» объединил с группой «животные». В большой группе «животные» сформировал несколько подгрупп: «хищники», «травоядные», «рыбы», «птицы», «насекомые». «Травоядных» разделил по принципу наличия и отсутствия рогов, слона отнес при этом к рогатым животным, поскольку у него есть бивни. «Птиц», в свою очередь, поделил на домашних и диких, а затем выделил отдельно подгруппу «петух» как нелетающую птицу, остальных отнес к подгруппе «летающие птицы». Большую группу «транспорт» поделил на три подгруппы: «по земле», «летающий», «плавающий». «Транспорт, передвигающийся по земле» испытуемый разделил, в свою очередь, на «колесный транспорт» и «лошадь» как транспорт с помощью животного, «колесный транспорт» поделил на «двухколесный» и «четырехколесный» и на «транспорт, в котором есть двигатель», и «транспорт без двигателя». Подгруппу «столовые приборы» исследуемый отнес одновременно к группе «посуда» и группе «инструменты». В группе «посуда» отдельно выделил подгруппу «бутылка» по принципу того, что это закрывающаяся емкость, а остальное отнес к подгруппе «незакрывающиеся емкости», отдельно выделил «чашку и стакан», так как из них пьют, «кастрюлю, ковш», так как в них варят, «стакан и бутылку», так как они из стекла, и отдельно — «чернильницу», относящуюся еще и к группе «ученический процесс», так как она тоже емкость.

Выявляются элементы нарушения целенаправленности мышления, приводящие иногда к непродуктивности мыслительной деятельности обследуемого.

При этом с рядом заданий для исследования мышления испытуемый справился вполне успешно. У него не прослеживалось определенной связи между степенью трудности задания и появлением ошибочных суждений. Более того, выполнение сложных заданий зачастую осуществлялось им лучше, чем более простых, что свидетельствует о явлениях диссоциаций. Ошибочные суждения при этом не всегда корригировались.

Таким образом, обнаружены нарушения как операциональной стороны (преимущественно по типу искажения процессов обобщения и отвлечения), так и личностного компонента мыслительной деятельности (элементы разноплановости, соскальзывания, резонерства). Отмечена неспособность к ясным и точным формулировкам. Однако правильное выполнение большого числа заданий свидетельствует об относительной интеллектуальной сохранности и относительной сохранности критичности.

Уровень интеллектуального развития. Интеллект определяют как эквивалент понятия общей одаренности, как способность к обучению и деятельности вообще независимо от их содержания. Он рассматривается как механизм адаптации к среде, как способность к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром.

В структуре общего, или генерального, интеллекта выделяют основные групповые факторы: вербальный и невербальный, или пространственный, практико-технический. Вербальный интеллект в большой мере зависит от социализации, приобщения к культуре, уровня знаний и интеллектуальных навыков. Невербальный, практико-технический интеллект не зависит от приобщения к культуре, его уровень определяется общим развитием соответствующих зон коры больших полушарий.

Общая оценка интеллекта испытуемого — 126, интеллект в диапазоне высокой нормы (встречается у 6,7% населения), при этом невербальный IQ — 116, хорошая норма (встречается у 16,1% населения). Вербальный IQ — 131, очень высокая норма (встречается у 2,2% населения). Наличие расхождения между оценками вербальной и невербальной подструктур интеллекта можно расценивать как преобладание уровня развития абстрактно-логического вербального мышления над образно-действенным мышлением, реализующимся в практической деятельности.

Анализ интеллектуальной деятельности показал, что при использовании отдельных субтестов методики Векслера наибольшие затруднения у испытуемого вызвали задания «Складывание фигур» (шкальная оценка — 10 баллов); «Кодирование» (шкальная оценка — 12 баллов); «Расположение картинок» (шкальная оценка — 12 баллов). Эти оценки хотя и укладываются в диапазон средней нормы, однако на общем фоне высокого уровня интеллектуального развития обследуемого выглядят как западения.

«Кодирование» — максимально возможная оценка по данному субтесту — 19 стандартных баллов, средние оценки в интеллектуальном профиле исследуемого — 15–16. Полученный показатель соответствует интеллекту в диапазоне верхней границы средней нормы (среднестатистической норме). Данный субтест требует сохранности визуальной перцепции (восприятия) и праксиса (моторных движений), зрительно-моторной координации, собранности и быстроты исполнения. Он чувствителен к психомоторной недостаточности, характеризует обучаемость, визуально-моторную координацию и двигательную активность. Этот субтест также чувствителен при диагностике тревожных состояний. Снижение результатов по нему часто является признаком внутреннего беспокойства, тревоги, напряжения, мешающих сосредоточению.

Очень высоким в интеллектуальном профиле испытуемого оказался показатель по субтесту «Арифметика» (17 баллов из возможных по методике 17 баллов и средние оценки в интеллектуальном профиле исследуемого 15–16), что соответствует интеллекту в диапазоне очень высокой нормы. Данный субтест требует высокой концентрации внимания, мобилизации оперативных функций памяти, счета. Клиническое значение субтеста — характеристика оперативного мышления, важного в диагностике органических заболеваний головного мозга и отчасти шизофрении, он чувствителен также к эмоциональной дезорганизации при тревожных и депрессивных состояниях. Успешное выполнение исследуемым данного субтеста является прогностически благоприятным в отношении вероятности наличия шизофренического и органического патопсихологических симптомокомплексов.

Субтест «Кубики Косса», который обладает особой чувствительностью к церебральной патологии, обследуемый выполнил также очень успешно, набрав по нему 16 стандартных баллов из возможных по субтесту 17, т. е. практически максимально возможный результат. Такой показатель соответствует интеллекту в диапазоне очень высокой нормы и свидетельствует о хорошей аналитико-синтетической способности, пространственной координации, интеграции абстрактного материала (в частности, геометрических фигур), высокой степени развития конструктивного мышления и практически полностью исключает вероятность наличия резидуально-органической патологии.

Невысокий показатель в данном интеллектуальном профиле по субтесту «Складывание фигур» (10 баллов из 18 возможных при средних оценках, характерных для интеллекта исследуемого, 15–16) свидетельствует о недостаточной остроте восприятия и сниженной способности дифференцировать существенное от несущественного. В целом можно говорить о некоторой недостаточности развития у исследуемого эвристического мышления—мышления, основанного на интуиции.

Многими авторами отмечается, что больные с вялотекущей шизофренией часто выполняют «конструирование из кубиков» значительно лучше, чем «Складывание фигур» (в данном случае — 16 и 10 баллов соответственно). Однако явного подтверждения, позволяющего верифицировать наличие шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, в настоящем исследовании не выявлено.

Максимальные оценки в данном интеллектуальном профиле имеют показатели, отражающие уровень общего развития и эрудиции. По субтесту «Осведомленность» обследуемый получил 18 баллов из возможных 19, что соответствует интеллекту в диапазоне очень высокой нормы и свидетельствует о высоком объеме и уровне знаний, хорошей способности сохранять знания в долговременной памяти, высокой общей образованности и эрудиции. Важной особенностью этого субтеста является то, что результаты по нему гораздо в меньшей степени, чем по другим тестам, подвержены «ухудшению» в связи с тем или иным заболеванием, и поэтому в клинике этот субтест рассматривают как показатель «преморбидной, т. е. «доболезненной», характеристики интеллекта.

Средние значения в данном интеллектуальном профиле были получены испытуемым по субтесту «Сходство» 14 баллов из возможных 19 и средних оценках в интеллектуальном профиле исследуемого 15–16. Субтест «Сходство» характеризует уровень развития абстрактно-логического, вербального мышления. Его

результаты снижаются при наличии изменений мышления как по органическому, так и по шизофреническому типу. У исследуемого встречались ошибки по типу актуализации латентных признаков одновременно с правильными ответами, что отражает неэкономичность мышления. Когда мыслительная деятельность протекает сразу в нескольких плоскостях, это затрудняет отделение главного от второстепенного: Например «Апельсин — банан»: плоды, можно есть, фрукты с кожурой, растут в теплых местах. «Стол — стул»: предметы мебели, из дерева, связаны между собой. При этом встречались ответы, отражающие высший категориальный уровень обобщения, например «Поэма — статуя»: произведения искусства, «Яйцо — зерно»: зародыши. Ошибки в субтесте «Сходство» встречались вне связи с уровнем трудности входящих в него заданий (ошибки в простых заданиях и верное выполнение сложных), элементы диссоциаций встречаются в рамках шизофренического патопсихологического симптомокомплекса. Однако успешное выполнение исследуемым большинства заданий этого субтеста свидетельствует об относительной сохранности у него категориального строя мышления, критики и основных мыслительных операций.

Обследуемый успешно справился с субтестом «Понятливость», относящимся к социальному интеллекту, который необходим для успешной адаптации в обществе. По субтесту «Понятливость» он получил 15 баллов из возможных 19 при средних оценках в его интеллектуальном профиле 15–16 стандартных баллов. Субтест «Понятливость» отражает социальный интеллект как формальное понимание и подчинение социальным установкам, общественным правилам и нормам.

С субтестом «Расположение картинок», также относящимся к социальному интеллекту, обследуемый справился хуже (12 баллов из 18 возможных при средних оценках в интеллектуальном профиле испытуемого 15–16 стандартных баллов). «Расположение картинок» требует тонкого понимания причинно-следственных связей в межличностных ситуациях, житейского опыта, здравого смысла, чувства юмора.

Таким образом, у обследуемого грубо не затруднено понимание конвенциальных норм и правил, однако снижена способность к интуитивному пониманию окружающих, что затрудняет межличностное функционирование. Полученная информация характеризует личностные ресурсы и в определенной степени очерчивает область личностного дефицита, в данном случае это область эмоций и отношений (исследуемый плохо рефлексирует чувства, у него снижена способность к эмпатии и имеют место межличностные трудности).

Резюме

Определяются сохранность функций внимания и памяти, высокий уровень интеллектуального развития, вязкость, тугоподвижность, расплывчатость мышления, диагностируются нарушения операциональной стороны мыслительной деятельности по типу искажения процессов обобщения и отвлечения в виде уравновешивания актуализации существенных и малосущественных, второстепенных, латентных признаков. При этом относительно сохранны продуктивность, категориальный строй мышления, критика. Выявлены нарушения личностного компо-

нента мыслительной деятельности — явления разноплановости, соскальзывания, резонерства. Указанные нарушения укладываются частично в рамки психопатического (личностно-аномального) и частично — в рамки шизофренического (пограничный вариант) патопсихологического симптомокомплекса, что требует дополнительного клинического подтверждения и наблюдения в динамике.

Заключение 3

Больной А., 54 года, служащий, поступил в НИПНИ им. В. М. Бехтерева на обследование и лечение. Предположительный диагноз — органическое поражение ЦНС травматического генеза (F06).

Целью настоящего обследования явилось получение дополнительных экспериментально-психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов. Обследование проводилось основными патопсихологическими методами исследования.

В беседе держится несколько пассивно, работает в замедленном темпе, инструкции не всегда усваивает с первого раза. Мотив экспертизы формируется не сразу, неустойчив. Эмоциональные реакции на успех и неудачу в ходе эксперимента не всегда адекватны, не проявляет заинтересованности в результатах обследования. Темп речи, ассоциаций, психомоторных реакций замедлен, однако ответы адекватны по содержанию. В отношениях с экспериментатором соблюдает правильную социальную дистанцию.

Предъявляет активные жалобы на головные боли, преимущественно колющего и ноющего характера, локализующиеся в теменной области; снижение аппетита; нарушения памяти; раздражительность и агрессивные тенденции. Жалобы появились после черепно-мозговой травмы, полученной вследствие автомобильной аварии.

Внимание. Темп психомоторных реакций в заданиях, требующих механического или жестко алгоритмизированного манипулирования стимульным материалом, резко замедленный, с выраженной тенденцией к нарастанию утомляемости: эффективность работоспособности (определяемая по таблицам Шульте) — 56,8 с (норма — 30–40 с). Степень психической устойчивости (данные также по таблицам Шульте) — 1,04 (в норме — до 1). Истощаемость имеет характер астении, темп интеллектуальной работоспособности к концу выполняемых заданий становится все более медленным, что встречается при различных органических поражениях головного мозга. Кривая, отражающая динамику работоспособности, имеет достаточно равномерный характер с тенденцией к торпидности, отмечается постепенное увеличение времени на каждое последующее задание — гипостенический вариант кривой истощаемости активного внимания, в прогностическом отношении менее благоприятный, так как отражает прогредиентный характер нарушений психических функций. Сильно затруднен процесс переключения с одного элемента на другой, обнаруживаются трудности концентрации внимания (корректурную пробу с переключением выполняет за 15 мин 45 с (в норме — 8–10 мин), говорить о количестве ошибок в пробе нет возможности, поскольку испытуемый в процессе проведения задания забывает его условия и произвольно меняет их).

Таким образом, наблюдаются значительные нарушения активного внимания в виде замедленного темпа психической деятельности, повышенной истощаемости внимания, резко сниженной переключаемости.

Память. Показатели течения мнестической деятельности значительно ниже среднестатистических временны́х норм. В пробе на непосредственное произвольное запоминание 10 слов не называет даже после 10-го предъявления (в норме — после 3–5). Кривая запоминания, которая, так же как и в заданиях на внимание, отражает динамику интеллектуальной работоспособности, тоже имеет торпидный характер — 4, 5, 6, 7, 8, 8, 8, 7, 9, 8. Среди называемых пациентом слов было множество привнесенных им самим (не по созвучию). На нарушения интеллектуально-мнестических функций указывает также выраженное снижение группы показателей, характеризующих память и внимание по Шкале интеллекта Векслера (субтесты «Кодирование» — шкальная оценка 5, «Повторение цифр» — шкальная оценка 7), особо чувствительных к церебральной патологии. Наибольшие затруднения вызывает задание «Кодирование», направленное на оценку зрительно-моторной координации, переключаемости внимания, скорости образования навыка (5 от среднего 10). Продуктивность долговременного запоминания составила 0%. Оперативная кратковременная память, требующая активного переструктурирования усвоенной информации, значительно ослаблена (шкальная оценка субтеста Шкалы интеллекта Векслера «Арифметика» — 7) в силу повышенной утомляемости, недостаточной пластичности психической деятельности. Необходимо отметить, что испытуемый часто забывал условия задач, не мог сосредоточиться на решении. При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания воспроизводит только одно словосочетание. Эффективность опосредованного запоминания составляет 4,2%. При этом работает медленно, построение ассоциативных образов на слова абстрактного содержания затруднено, процесс опосредования не помогает запоминанию.

Обнаруживаются очень выраженные расстройства всех видов памяти, особенно сильно нарушена долговременная память. Специальные мнемотехнические приемы (в виде опосредования и др.) не помогают лучшему запоминанию и воспроизведению информации.

Мышление. По содержанию ответы в заданиях на понятийное, абстрактно-логическое мышление не всегда адекватны. Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на среднем (функциональном) уровне обобщения без искажения логической структуры. Испытуемому не всегда доступно оперирование абстрактными понятиями и обобщение на основе категориальных признаков, однако он способен к хорошему обобщению более простых понятий. Выполняя предложенные методики и не имея возможности справиться с отдельными заданиями, может использовать бранные слова. Количество ошибок возрастает в зависимости от усложнения материала, что отражает стандартность, предсказуемость мышления испытуемого. Скорость и темп ассоциативного процесса средний. Мотивационный и личностный компоненты мышления сохранны.

Резюме

Проведенное патопсихологическое обследование выявляет выраженное снижение протекания психических процессов, а именно внимания и памяти. Отмечается

прежде всего значительное ослабление всех видов памяти, особенно долговременной. При этом специальные мнемотехнические приемы не приводят к улучшению показателей. Внимание испытуемого характеризуется повышенной истощаемостью, резко нарушена переключаемость. Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на среднем (функциональном) уровне, без искажений логической структуры. Выявленные нарушения укладываются в рамки органического патопсихологического симптомокомплекса.

Заключение 4

Больной А., 20 лет, студент, поступил в НИПНИ им. В. М. Бехтерева на обследование и лечение. Предположительный диагноз — тревожно-депрессивное расстройство.

Целью настоящего обследования явилось получение экспериментально-психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов, исследование эмоционально-поведенческой сферы. Обследование проводилось патопсихологическими методами исследования, использовались также опросники для исследования личности в клинике, проводилась беседа, направленная на сбор психологического анамнеза.

Перечень жалоб включает: нарушения сна, трудности засыпания, отсутствие ощущения бодрости по утрам; снижение запоминания; головные боли, возникающие с частотой не реже 3 раз в неделю, сжимающего или ноющего характера, локализующиеся преимущественно в лобной области.

Более детальный анализ жалоб по Опроснику Александровича свидетельствует о средней степени выраженности симптоматики на момент исследования, однако определяются шкалы, значения которых значительно отличаются от нормы: неврастенические расстройства (37,5% при норме 24,2%) и нарушения сна (25,7% при норме 14,5%).

Во время обследования спокоен, выдержан, склонен недоговаривать о своих жалобах, проблемах и трудностях. Из-за некоторой закрытости испытуемого контакт имеет скорее формальный характер. На вопросы отвечает по существу, чувствителен к юмору, положительно реагирует на поощрение, соблюдает правильную социальную дистанцию в отношениях с психологом. Одобряющая обстановка усиливает мотивацию испытуемого к дальнейшему сотрудничеству. Инструкции к предложенным методикам усваивает в полной мере, выполняет задания очень старательно и аккуратно, но результатами исследования активно не интересуется. Возникающие реакции на успех и неудачу в ходе эксперимента адекватны. К допускаемым ошибкам критичен в полной мере. Способен использовать подсказки экспериментатора при выполнении заданий. Темп работы умеренный. В процессе выполнения длительных, монотонных заданий не утомляется, эффективность не снижается.

Воспитывался в неполной семье, единственный ребенок. В школе учился хорошо, лучше усваивал гуманитарные науки, увлекался музыкой. Адаптация в детских и подростковых коллективах, со слов испытуемого, не была затруднена: отрицает наличие конфликтов как со сверстниками, так и с учителями.

Внимание. Темп психомоторных реакций в заданиях, требующих механического или жестко алгоритмизированного манипулирования стимульным материалом, не замедлен (так, эффективность работоспособности, определяемая по таблицам Шульте, составляет в среднем 38,8 с при норме 30–40 с). Объем внимания средний — 7 информационных единиц (норма — 5–7). Не затруднен процесс переключения с одного элемента на другой, не обнаруживаются трудности концентрации внимания (корректурную пробу с переключением выполняет за 6 мин 35 с, допуская при этом 8 ошибок при норме до 15). Не обнаруживается истощаемость внимания, снижение устойчивости (к концу исследования скорость работы по отыскиванию и вычеркиванию заданных знаков не уменьшается и количество ошибок не увеличивается). Кривая, отражающая динамику работоспособности, имеет преимущественно равномерный характер, без значимых колебаний внимания астенического порядка.

Таким образом, наблюдаются высокие показатели активного внимания, отсутствует тенденция к нарастанию утомляемости в ходе выполнения заданий, отмечаются высокая переключаемость, концентрация, объем и другие свойства внимания.

Память. Показатели течения мнестической деятельности высокие. В пробе на непосредственное произвольное запоминание 10 слов устойчиво называет после 2-го предъявления (в норме — после 3–5). После первого предъявления запоминает 8 слов (показатель объема кратковременной памяти). Продуктивность долговременного запоминания составила 100% (очень высокий показатель). Оперативная кратковременная память (требующая активного переструктурирования усвоенной информации) не ослаблена, выше среднестатистической нормы (субтест методики Векслера «Арифметика» — 14). При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания допускает одну неточность в пробе. Эффективность опосредованного запоминания составляет 95,8% (высокая степень развития словесно-логической, ассоциативной памяти). Работает в среднем темпе, построение ассоциативных образов на слова абстрактного содержания не затруднено. Пиктограммы адекватны содержанию заданного слова (обоснованность связи между предложенным понятием и его пиктограммой), критерий адекватности составляет 75% (при норме 70%). Рисунки имеют, как правило, сюжетный характер, эмоционально насыщенны.

Таким образом, не обнаруживается нарушений непосредственного и опосредованного звеньев произвольного запоминания, оперативной памяти.

Мышление. По содержанию ответы в заданиях на понятийное, абстрактно-логическое мышление адекватны, отражают хороший уровень эрудированности. Хорошие показатели получены по заданию «Общая понятливость» (шкальная оценка — 13, субтест, оценивающий объем практических знаний). Таким образом, практическое мышление, суждения испытуемого, касающиеся его житейского и социального опыта, социальные оценки и здравый смысл оказались на высоком уровне, что отражает наличие социальной направленности мышления.

Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на среднем (функциональном) уровне обобщения без искажения логической структуры (показатели субтеста «Сходство» — 13). Испытуемому доступно оперирование аб-

страктными понятиями и обобщение на основе категориальных признаков: «воздух и вода — оба необходимы для жизни человека» и др., однако нарастание уровня сложности задания приводит к появлению ошибочных суждений по типу снижения уровня обобщения «яйцо и зерно — еда», «поэма и статуя — памятник» и др. Пространственный анализ и синтез (стереомышление), конструктивный праксис развиты в достаточной степени (показатели субтеста «Кубики Коса» — 14) и протекают на уровне оперирования материалом высокой степени сложности. Эвристическое (интуитивное) мышление развито, как и конструктивное, в высокой степени (значения субтеста «Складывание фигур» — 14).

Из особенностей — количество ошибок возрастает закономерно по мере усложнения материала, что отражает стандартность, конформность мышления, отсутствие признаков искажения его структуры, непредсказуемости. Скорость и темп ассоциативного процесса средние, но нарушений динамики мыслительной деятельности в виде замедления темпа ассоциаций, малоподвижности, инертности мышления не обнаружено. Мотивационный и личностный компоненты мышления сохранны.

Уровень интеллектуального развития. Общая оценка интеллекта — 122, высокая норма (встречается у 6,7% населения).

Эмоционально-личностная сфера. Контрольные шкалы профиля личности, построенного по данным MMPI, не выявляют стремления испытуемого каким-либо образом исказить особенности своего состояния, в связи с чем результаты исследования можно считать достоверными.

Характер профиля невротический: ведущими (выходящими за пределы нормативных значений) являются шкалы «Депрессия» и «Психастения». Исследование выявляет преобладание пассивной личностной позиции с ведущей мотивационной направленностью — избегание неуспеха; отмечается недостаточная мотивация к достижению цели. Испытуемому свойственны такие особенности, как высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности собой; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений (нерешительность), выраженная глубина переживаний, самокритичность, неуверенность в себе и своих возможностях. Он проявляет склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам (преобладание интропунитивных реакций). В эмоциональной сфере определяются повышенная чувствительность, эмоциональная откликаемость, тонкость эмоционального реагирования. В сфере межличностных отношений аффилиативная потребность — потребность в понимании, любви, доброжелательном к себе отношении — одна из ведущих и на данный момент сильно выражена, что в значительной степени определяет зону психотравмирующего воздействия. Во избежание конфликта с социальным окружением оттормаживаются эгоцентрические тенденции, в связи с чем наблюдается выраженный контроль своего поведения. В социальных контактах испытуемый старается привлечь и удержать внимание окружающих, он заинтересован в их доброжелательной оценке. При этом для него характерны доверчивость, сенсзитивность, обидчивость, низкий уровень гетероагрессивности. В целом особенности интерперсонального взаимодействия испытуемого обусловливают снижение адаптивных возможностей.

Резюме

По данным исследования, уровень интеллектуально-мнестических процессов не снижен. Определяются высокие показатели активного внимания, отсутствует тенденция к нарастанию утомляемости в ходе выполнения заданий. Показатели мнестической деятельности также высокие. Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на среднем (функциональном) уровне. Экспериментально-психологические данные не показывают формальных нарушений или искажений процессов обобщения и выделения существенных признаков предметов.

Актуальный психологический статус — определенный характер интерперсонального взаимодействия (неуверенность, уступчивость, сенситивность, обидчивость, стремление избежать конфликтов с окружающими и как следствие — замкнутость и отгороженность в социальном поведении), наличие факторов, способствующих психической и социальной дезадаптации (нерешительность, склонность к волнениям, чрезмерное подавление агрессивных тенденций и пр.), — позволяют предположить наличие невротического типа реагирования у испытуемого.

ПРАКТИКУМ ПО ОСНОВАМ ПСИХОСОМАТИКИ

Методика «Тип поведенческой активности» — ТПА

Тип поведенческой активности. Пособие для врачей. — СПб, 1995.

Для использования методики в научных исследованиях или практической работе рекомендуется иметь следующую информацию об испытуемом:

Ф. И. О. ____

Пол ________________ Возраст (полных лет) _______________

Образование: начальное, неполное среднее, среднее, в том числе среднеспециальное, незаконченное высшее, высшее.

Род занятий: рабочий (пром., с/х), инж./техн. раб., служащий, учащийся (студент), творч. раб., военнослужащий, пенсионер.

Работа требует: постоянного физического, интеллектуального, эмоционального напряжения, общения с людьми, смешанный характер.

Социальное функционирование в условиях: действия экологически неблагоприятных факторов, климато-географических, этнокультурных, социально-экономических, смешанных.

В случае анонимного тестирования, по желанию испытуемых, при массовых исследованиях можно заменить Ф. И. О. специальным шифром. Данная информация может оказаться весьма существенной при создании банка психологодиагностической информации, особенно при использовании персональных ЭВМ в массовых исследованиях для выделения групп риска психической дезадаптации, предболезненных расстройств со стороны психической сферы или начальных проявлений нервно-психических, психосоматических расстройств или тенденции к саморазрушающему поведению.

Опросник ТПА

Инструкция. Вам будет предъявлен ряд вопросов или утверждений, касающихся особенностей жизни, активности в делах и общении или поведения в эмоционально-напряженных ситуациях, внимательно прочитайте каждый вопрос (утверждение) и выберите в качестве ответа тот из вариантов, который в наибольшей степени соответствует вашим поведенческим характеристикам, и обведите кругом соответствующий порядковый номер (проставьте номер в соответствующей графе бланка для ответа).

Долго не раздумывайте, старайтесь отвечать искренне и быстро. Помните, правильных или неправильных ответов здесь не существует.

1. Бывает ли вам трудно выбрать время, чтобы сходить в парикмахерскую:
   1) никогда;
   2) иногда;
   3) почти всегда.
2. У вас такая работа, которая взбадривает (понукает, будоражит):
   1) меньше, чем работа большинства людей;
   2) примерно такая же, как работа большинства людей;
   3) больше, чем работа большинства людей.
3. Ваша повседневная жизнь в основном заполнена:
   1) делами, требующими решения;
   2) обыденными делами;
   3) делами, которые вам скучны.
4. Одни люди живут спокойной, размеренной жизнью, жизнь других часто переполнена неожиданностями, непредвиденными обстоятельствами и осложнениями. Как часто вам приходится сталкиваться с такими событиями:
   1) несколько раз в день;
   2) примерно раз в день;
   3) несколько раз в неделю;
   4) раз в неделю;
   5) раз в месяц или реже.
5. В случае если вас что-то сильно гнетет, давит или люди слишком многого требуют от вас, то вы:
   1) теряете аппетит и (или) меньше едите;
   2) едите чаще и (или) больше обычного;
   3) не замечаете никаких существенных изменений в аппетите.
6. В случае если вас что-то гнетет, давит или у вас есть неотложные заботы, то вы:
   1) немедленно принимаете соответствующие меры;
   2) тщательно обдумываете, прежде чем начать действовать.
7. Как быстро вы обычно едите:
   1) обычно кончаю есть раньше других;
   2) ем немного быстрее других;
   3) с такой же скоростью, как и большинство людей;
   4) ем медленнее, чем большинство людей.
8. Ваши родные или друзья когда-либо говорили, что вы едите чересчур быстро:
   1) да, часто;
   2) да, раз или два;
   3) нет, мне никто никогда этого не говорил.

9. Как часто вы делаете несколько дел одновременно, например едите и работаете:
   1) делаю несколько дел одновременно всякий раз, когда это возможно;
   2) делаю это только тогда, когда не хватает времени;
   3) делаю это редко или никогда не делаю.
10. Когда вы слушаете кого-либо и этот человек слишком долго не может закончить мысль, вы чувствуете желание поторопить его:
    1) часто;
    2) иногда;
    3) почти никогда.
11. Как часто вы действительно заканчиваете мысль медленно говорящего, чтобы ускорить разговор:
    1) часто;
    2) иногда;
    3) почти никогда.
12. Как часто ваши близкие или друзья замечают, что вы невнимательны, если вам говорят о чем-либо слишком подробно:
    1) раз в неделю или чаще;
    2) несколько раз в месяц;
    3) почти никогда;
    4) никогда.
13. Если вы говорите своим близким или друзьям, что приедете в определенное время, то как часто вы опаздываете:
    1) иногда;
    2) редко;
    3) почти никогда;
    4) никогда не опаздываю.
14. Бывает ли, что вы торопитесь к месту встречи, хотя времени еще вполне достаточно:
    1) часто;
    2) иногда;
    3) редко или никогда.
15. Предположим, что вам надо с кем-то встретиться в условленное время, например на улице, в вестибюле метро и т. п., и этот человек опаздывает уже на 10 мин, то вы:
    1) спокойно подождете;
    2) будете прохаживаться в ожидании;
    3) обычно у вас есть с собой книга или газета, чтобы было чем заняться в ожидании.
16. Если вам приходится стоять в очереди, например, в столовой, в магазине, то вы:
    1) спокойно ждете своей очереди;

2) испытываете нетерпение, но не показываете этого;
3) чувствуете такое нетерпение, что это замечают окружающие;
4) решительно отказываетесь стоять в очереди и пытаетесь найти способ избежать потери времени.

17. Если вы играете в игру, в которой есть элемент соревнования (например, шахматы, домино, волейбол), то вы:
 1) напрягаете все силы для победы;
 2) стараетесь выиграть, но не слишком усердно;
 3) играете скорее для удовольствия, чем серьезно.
18. Представьте, что вы и ваши друзья (или сотрудники) начинаете новую работу. Что вы думаете о соревновании в этой работе:
 1) предпочитаю избегать этого;
 2) принимаю потому, что это неизбежно;
 3) получаю удовольствие, так как это меня подбадривает и стимулирует.
19. Когда вы были моложе, большинство людей считало, что вы:
 1) часто стараетесь и по-настоящему хотите быть во всем первым и лучшим;
 2) иногда стараетесь и вам нравится быть во всем первым и лучшим;
 3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены);
 4) вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.
20. Чем, по вашему мнению, вы отличаетесь в настоящее время:
 1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим;
 2) иногда стараетесь и вам нравится во всем быть первым и лучшим;
 3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены);
 4) вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.
21. По мнению родных или друзей, вы:
 1) часто стараетесь (и по-настоящему хотите) быть во всем первым и лучшим;
 2) иногда стараетесь и вам нравится быть во всем первым и лучшим;
 3) обычно вам хорошо так, как есть (обычно вы расслаблены);
 4) вы всегда расслаблены и не склонны соревноваться.
22. Как оценивают ваши родные или друзья вашу общую активность:
 1) недостаточная активность, медлительность, надо быть активнее;
 2) около среднего, всегда есть какое-то занятие;
 3) сверхактивность, бьющая через край энергия.
23. Согласились бы знающие вас люди, что вы относитесь к своей работе слишком серьезно:
 1) да, абсолютно;
 2) возможно, да;
 3) возможно, нет;

4) абсолютно нет.

24. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы менее энергичны, чем большинство людей:
    1) да, абсолютно;
    2) возможно, да;
    3) возможно, нет;
    4) абсолютно нет.
25. Согласились бы хорошо знающие вас люди с тем, что за короткое время вы способны выполнить большой объем работы:
    1) абсолютно да;
    2) возможно, да;
    3) возможно, нет;
    4) абсолютно нет.
26. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы легко сердитесь (раздражаетесь):
    1) да, абсолютно;
    2) возможно, да;
    3) возможно, нет;
    4) абсолютно, нет.
27. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы живете мирной и спокойной жизнью:
    1) да, абсолютно;
    2) возможно, да;
    3) возможно, нет;
    4) абсолютно нет.
28. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вы большинство дел делаете в спешке:
    1) да, абсолютно;
    2) возможно, да;
    3) возможно, нет;
    4) абсолютно, нет;
29. Согласились бы хорошо знающие вас люди, что вас радуют соревнования (состязания) и вы очень стараетесь выиграть:
    1) да, абсолютно;
    2) возможно, да;
    3) возможно, нет;
    4) абсолютно нет.
30. Какой характер был у вас, когда вы были моложе:
    1) вспыльчивый и с трудом поддающийся контролю;
    2) вспыльчивый, но поддающийся контролю;
    3) вполне уравновешенный (не было проблем);

4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя).

31. Каким вы представляете свой характер сегодня:
    1) вспыльчивым, с трудом поддающимся контролю;
    2) вспыльчивым, но поддающимся контролю;
    3) вполне уравновешенным;
    4) почти никогда не сержусь (не выхожу из себя).
32. Когда вы погружены в работу и кто-либо (не начальник) прерывает вас, что вы обычно чувствуете при этом:
    1) чувствую себя вполне хорошо, так как после неожиданного перерыва работается лучше;
    2) чувствую легкую досаду;
    3) чувствую раздражение, потому что это мешает делу.
33. Если повторяющиеся прерывания в работе действительно вас разозлили, то вы:
    1) ответите резко;
    2) ответите в спокойной форме;
    3) попытаетесь что-то сделать, чтобы это предотвратить;
    4) попытаетесь найти более спокойное место для работы, если это возможно.
34. Как часто вы выполняете работу, которую должны закончить к определенному сроку:
    1) ежедневно или чаще;
    2) еженедельно;
    3) ежемесячно или реже.
35. Работа, которую вы должны закончить к определенному сроку, как правило:
    1) не вызывает напряжения, потому что она привычна, однообразна;
    2) вызывает сильное напряжение, так как срыв срока может повлиять на работу группы людей.
36. Вы сами себе определяете сроки выполнения работы на службе и дома:
    1) нет;
    2) да, но только изредка;
    3) да, весьма часто.
37. Качество работы, которую вы выполняете, к концу назначенного срока бывает:
    1) лучше;
    2) обычное;
    3) хуже.
38. Бывает ли, что на работе вы одновременно выполняете два или несколько заданий, делая то одно, то другое:
    1) нет, никогда;
    2) да, но не так часто;

3) да, постоянно.

39. Были бы вы удовлетворены возможностью оставаться на нынешней работе в последующие годы:
    1) да;
    2) нет, мне хотелось бы добиться большего;
    3) конечно нет, я делаю все для того, чтобы меня повысили, иначе я буду очень расстроен.
40. Если бы вы могли выбирать, то что бы предпочли:
    1) прибавку к заработной плате без продвижения в должности;
    2) продвижение в должности без существенного повышения зарплаты.
41. К концу отпуска вы:
    1) хотите продлить его еще на недельку-другую;
    2) чувствуете, что готовы вернуться к обычной работе;
    3) хотите, чтобы отпуск кончился и можно было вернуться к обычной работе.
42. Бывало ли так, что за последние три года вы брали меньше дней отпуска, чем положено:
    1) да;
    2) нет;
    3) на моей работе это невозможно.
43. Бывает ли, что во время отпуска вы не можете перестать думать о работе:
    1) да, часто;
    2) да, иногда;
    3) нет, никогда.
44. В последние три года вы получали какие-либо поощрения на работе:
    1) нет, никогда;
    2) иногда;
    3) да, часто.
45. Как часто вы приносите работу домой или изучаете дома материалы, связанные с работой:
    1) редко или никогда;
    2) раз в неделю или реже;
    3) почти постоянно.
46. Как часто вы остаетесь на работе после окончания рабочего дня или приходите на работу в неурочное время:
    1) на моей работе это невозможно;
    2) весьма редко;
    3) иногда (реже чем раз в неделю).
47. Вы обычно остаетесь дома, если у вас озноб или повышенная температура тела:
    1) да;
    2) нет.

48. Если вы чувствуете, что начинаете уставать от работы, то:
    1) некоторое время работаете менее активно, пока силы не вернутся к вам;
    2) продолжаете работать так же активно, несмотря на усталость.
49. Когда вы работаете в коллективе, то сотрудники ожидают от вас, что вы будете руководить:
    1) редко;
    2) не чаще, чем от других;
    3) чаще, чем от других.
50. Вы записываете для памяти распорядок дня (что нужно сделать):
    1) никогда;
    2) иногда;
    3) часто.
51. Если кто-то поступает в отношении вас нечестно, вы:
    1) прямо указываете ему на это;
    2) находитесь в нерешительности и поступаете в зависимости от обстоятельств;
    3) ничего не говорите об этом.
52. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы прилагаете:
    1) гораздо больше усилий;
    2) несколько больше усилий;
    3) примерно столько же усилий;
    4) немного меньше усилий;
    5) гораздо меньше усилий.
53. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы чувствуете:
    1) значительно большую ответственность;
    2) несколько большую ответственность;
    3) примерно такую же ответственность;
    4) несколько меньшую ответственность;
    5) значительно меньшую ответственность.
54. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы чувствуете необходимость торопиться:
    1) гораздо больше;
    2) несколько больше;
    3) столько же;
    4) несколько меньше;
    5) гораздо меньше.
55. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, вы:
    1) значительно более аккуратны;
    2) несколько более аккуратны;
    3) примерно в такой же степени аккуратны;

4) несколько менее аккуратны;
5) значительно менее аккуратны.

56. По сравнению с другими, выполняющими такую же работу, ваше отношение к ней:
1) гораздо более серьезное;
2) несколько более серьезное;
3) мало отличается от других;
4) несколько менее серьезное;
5) значительно менее серьезное.

57. По сравнению с работой, которую вы выполняли 10 лет назад, сейчас вы работаете в течение недели:
1) больше часов;
2) примерно столько же;
3) меньше, чем раньше.

58. По сравнению с работой, которую вы выполняли 10 лет тому назад, нынешняя работа требует:
1) меньшей ответственности;
2) столько же ответственности;
3) большей ответственности.

59. По сравнению с работой, которую вы выполняли 10 лет тому назад, нынешняя работа пользуется:
1) большим престижем;
2) таким же престижем;
3) меньшим престижем.

60. Сколько разных работ вы сменили за последние 10 лет (учтите, пожалуйста, любые изменения в характере или месте работы):
1) изменений не было или были однажды;
2) две;
3) три;
4) четыре;
5) пять и больше

61. За последние 10 лет вы ограничили число своих развлечений из-за недостатка времени:
1) да;
2) нет.

Ключи и диагностические правила

Оценка в баллах выбираемых (предпочитаемых) вопросов или утверждений (в порядке их нумерации)

При подсчете баллов учитываются следующие диагностические критерии.

Баллы

1. 13, 7, 1
2. 13, 7, 1
3. 1, 17, 13
4. 1, 4, 7, 10, 13
5. 1, 7, 13
6. 1, 13
7. 13, 9, 5, 1
8. 1, 7, 13
9. 1, 7, 13
10. 1, 7, 13
11. 1, 7, 13
12. 1, 5, 9, 13
13. 13, 9, 5, 13
14. 1, 7, 13
15. 13, 7, 1
16. 13, 9, 5, 1
17. 1, 7, 13
18. 13, 7, 1
19. 1, 5, 9, 13
20. 1, 5, 9, 113
21. 1, 5, 9, 13
22. 13, 7, 1
23. 1, 5, 9, 13
24. 13, 5, 9, 1
25. 1, 5, 9, 13
26. 1, 5, 9, 13
27. 13, 9, 5, 1
28. 1, 5, 9, 13
29. 1, 5, 9, 13
30. 11, 5, 9, 13
31. 11, 5, 9, 13
32. 13, 7, 1
33. 1, 5, 9, 13
34. 1, 7, 13
35. 13, 1
36. 13, 7, 1
37. 1, 7, 13
38. 13, 7, 1
39. 13, 7, 1
40. 13, 1
41. 13, 7, 1
42. 1, 7, 13
43. 1, 7, 13
44. 13, 7, 1
45. 13, 7, 1
46. 13, 9, 5, 1
47. 13, 1
48. 13, 1
49. 13, 7, 1
50. 13, 7, 1
51. 1, 7, 13
52. 1, 4, 7, 10, 13
53. 1, 4, 7, 10, 13
54. 1, 4, 7, 10, 13
55. 1, 4, 7, 10, 13
56. 1, 4, 7, 10, 13
57. 1, 7, 13
58. 13, 7, 1
59. 1, 7, 13
60. 13, 10, 7, 4, 1
61. 1, 13

Если количество баллов не превышает 167, то с высокой вероятностью диагностируется выраженный тип поведенческой активности личности — тип А;

168—335 баллов — диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа А (условно — А1);

336—459 баллов — диагностируется промежуточный (переходный) тип личностной активности — тип АБ;

460—626 баллов — диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа Б (условно — Б1);

627 баллов и выше — диагностируется с высокой вероятностью выраженный поведенческий тип личностной активности — тип Б.

Интерпретация результатов исследования

Для испытуемых с выраженной поведенческой активностью (тип А) характерны следующие особенности. Преувеличенная потребность в деятельности — сверхвовлеченность в работу, инициативность, неумение отвлечься от работы, расслабиться; нехватка времени для отдыха и развлечений, нередко работа в выходные дни и в отпуске. Постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, высокая мотивация достижения, упорство и сверхактивность в достижении цели нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, нежелание отказаться от достижения цели, несмотря на поражение. Неумение и нежелание выполнять каждодневную обстоятельную и однообразную работу. Неспособность к длительной и устойчивой концентрации внимания, нетерпеливость, острое чувство нехватки времени, стремление делать все быстро: ходить, есть, говорить, принимать решения. Энергичная, эмоционально выразительная речь, подкрепляемая жестами и мимикой и сопровождающаяся нередко напряжением мышц лица и шеи; нетерпеливость в диалогах, импульсивность, эмоциональная несдержанность в спорах, неумение до конца выслушать собеседника. Соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов; в случаях неуспеха нередко причина видится во внешних обстоятельствах или соперниках; стремление к доминированию в коллективе или компаниях, легкая фрустрируемость внешними обстоятельствами и жизненными трудностями. В случаях формального лидерства (начальник) стремление постоянно контролировать своих сотрудников, а нередко и выполнять работу кого-либо (делают медленно). В условиях дефицита информации при необходимости принятия быстрого решения возрастает реактивная тревожность, возможна потеря контроля за ситуацией, что может приводить к эмоциональной нестабильности, понижению устойчивости к стрессу и снижению поведенческого контроля в целом.

Для лиц, у которых диагностируется тенденция к поведенческой активности типа А1, характерны: повышенная деловая активность, напористость, увлеченность работой, целеустремленность. Нехватка времени для отдыха компенсируется в известной мере расчетливостью и умением выбрать главное направление деятельности, быстрым принятием решения. Энергичная, выразительная речь и мимика. Эмоционально насыщенная жизнь, честолюбие, стремление к успеху и лидерству, неполная удовлетворенность достигнутым, постоянное желание улучшить результаты проделанной работы, чувствительность к похвале и критике; неустойчивость настроения и поведения в стрессонасыщенных ситуациях. Стремление к соревновательности, однако без амбициозности и агрессивности; при обстоятельствах, препятствующих выполнению намеченных планов, легко возникает тревога, снижается уровень контроля личности, но преодолевается волевым усилием.

Для лиц, у которых диагностируется промежуточный (переходный тип поведенческой активности — АБ), характерна активная и целенаправленная деловитость, разносторонность интересов, умение сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом; моторика и речевая экспрессия умеренно выражены. Лица типа АБ не выявляют явной склонности к доминированию, но в определенных ситуациях и обстоятельствах уверенно берут на себя роль лидера; для них характерны эмоциональная стабильность и предсказуемость в поведении, относительная устойчивость к действию стрессогенных факторов, хорошая приспособляемость к различным видам деятельности.

Для лиц, у которых диагностируется определенная тенденция к поведенческой активности типа Б1, характерны: рациональность и неторопливость в делах и общении, сочетание интенсивной работы с отдыхом, расслаблением; естественная смена видов деятельности, когда этого требуют обстоятельства; долгое подчас обдумывание планов сочетается с тщательным и ответственным их выполнением. Внешняя сдержанность в движениях и речи сочетается с выдержкой и невозмутимостью при неудачах, общении с неприятным или неудобным собеседником; устойчивость к действию фрустрирующих ситуаций и обстоятельств, внутренняя эмоциональная стабильность и сдержанность в проявлении аффектов и чувств к другим людям.

Для лиц, у которых с высокой вероятностью диагностируется выраженный поведенческий тип Б, характерны: отчетливая неторопливость, взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности, преданность избранному делу, отсутствие стремления к смене работы. Скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств, в том числе при общении с близкими и друзьями; обстоятельность и обязательность, надежность и предсказуемость в поведении, подчеркнутое дружелюбие и расположенность к окружающим. Излишне долгое обдумывание планов деятельности, сочетающееся с весьма неторопливым и сверхтщательным исполнением даже незначительных фрагментов, нередко раздражающие окружающих; отсутствие стремления к соревновательности и соперничеству, неумение и нежелание спорить, но в то же время твердость в отстаивании своей точки зрения. Отсутствие внешних проявлений неуверенности в своих силах и возможностях. Неумение, а подчас и нежелание быстро менять стереотипы деятельности вызывают трудности и в приспособлении к ситуациям, требующим быстрого принятия ответственного решения или смены работы. Относительная устойчивость к фрустрирующим и стрессогенньм ситуациям и обстоятельствам, однако при длительном действии этих факторов склонны к депрессивным реакциям, уходам в себя, потерей интереса к работе и общению.

Торонтская алекситимическая шкала

Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах: Методическое пособие. — СПб., 1994.

Под алекситимией понимают сниженную способность к вербализации эмоциональных состояний. Алекситимическая личность характеризуется трудностями

в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии, воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение. Уровень алекситимии измеряется с помощью специального опросника — Торонтской алекситимической шкалы, адаптированной в Институте им. В. М. Бехтерева.

Инструкция испытуемому. Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен; 2) скорее не согласен; 3) ни то ни другое; 4) скорее согласен; 5) совершенно согласен (табл. П-24).

Обработка и интерпретация данных. Подсчет баллов осуществляется таким образом:

1) ответ «совершенно не согласен» — оценивается в 1 балл, «скорее согласен» — 2, «ни то ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26;
2) отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (т. е. оценка 1 получает 5 баллов, 2 — 4, 3 — 3, 4 — 2, 5 — 1);
3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности.

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили средние значения показателя алекситимии у нескольких групп испытуемых: контрольная группа здоровых людей — 59,3 ± 1,3, группа больных с психосоматическими расстройствами (J45, I10, K25, K26) — 72,09 ± 0,82, группа больных неврозами (F40–F48) — 70,1 ± 1,3.

Таблица П-24. Определение уровня алекситимии

	Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
	1	2	3	4	5	6
1	Когда я плачу, всегда знаю, почему					
2	Мечты — это потеря времени					
3	Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4	Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5	Я часто мечтаю о будущем					
6	Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7	Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8	Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9	Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10	У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11	Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12	Я способен с легкостью описать свои чувства					
13	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14	Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15	Я часто даю волю воображению					
16	Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17	Меня часто озадачивают ощущения, возникающие в моем теле					
18	Я редко мечтаю					
19	Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21	Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22	Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23	Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24	Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25	Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26	Я часто не знаю, почему я сержусь					

ПРАКТИКУМ ПО ОСНОВАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В КЛИНИКЕ

Исследование эффективности психотерапии

Основой для оценки эффективности психотерапии может служить клиническая шкала, разработанная в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева.

Клиническая шкала

1. Критерий степени симптоматического улучшения:
   а) симптоматика проявляется очень часто или характеризуется выраженной интенсивностью;
   б) симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью;
   в) симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью;
   г) симптоматика отсутствует.
2. Критерий степени осознания психологических механизмов болезни:
   а) отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания;
   б) осознание взаимосвязи между симптомами болезни и неспецифическим нервно-психическим напряжением;
   в) осознание взаимосвязи между симптомами болезни и конфликтной ситуацией, возникшей в связи с особенностями личности больного, без осознания и понимании условий формирования этих особенностей;
   г) достижение понимания специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза.
3. Критерий степени изменения нарушенных отношений личности:
   а) отсутствие изменений;
   б) изменение отношений к болезни и лечению;

в) изменение отношений больного лишь в сфере(-ах), относящейся к актуальной конфликтной ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений личности;
г) изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой.

4. Критерий степени улучшения социального функционирования:
а) низкая степень удовлетворенности своим социальным функционированием;
б) умеренная степень удовлетворенности своим социальным функционированием;
в) значительная степень удовлетворенности своим социальным функционированием;
г) выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

Эта шкала может использоваться двумя способами.

1. Экспертная оценка результатов психотерапии — производится психотерапевтом, независимым исследователем и самим пациентом. Эксперт заполняет ее дважды: в начале и в конце психотерапии. Первоначальная оценка также может предполагать прогнозируемый (планируемый) психотерапевтический эффект.

2. Клинико-психологическое исследование. В отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева совместно с клиникой неврозов Варшавского института психиатрии и неврологии был разработан комплекс методик, основанный на системе критериев оценки эффективности психотерапии. Помимо специально разработанных методик для изучения эффективности психотерапии на основании данной системы пригодны и другие, довольно известные в практике психологические и клинико-психологические методики.

1. *Критерий степени симптоматического улучшения*

Для исследования динамики симптоматики в процессе психотерапии могут быть использованы различные клинические шкалы:

- симптоматический опросник Александровича;
- симптоматическая шкала SCL;
- интегративный тест тревожности Вассермана (модификация Шкалы тревоги Спилбергера—Ханина);
- Шкала депрессии Бека;
- Шкала астении и ряд других.

Симптоматический опросник Александровича

Инструкция испытуемому. Вопросы этого опросника касаются недомоганий и трудностей, которые часто встречаются при неврозах (F40–F48). Информация о том, какие из них проявлялись в течение последней недели, позволит лучше понять, что беспокоит вас в настоящее время.

Просим вас внимательно прочесть каждый вопрос и отметить тот из ответов, который наиболее полно соответствует степени, в какой то или иное недомогание беспокоит вас.

Если за этот период недомогание вообще не проявлялось, обведите кружком знак 0.

Если проявлялось, но лишь незначительно тяготило — обведите кружком цифру 1.

Если было средней тяжести — обведите кружком цифру 2.

Если очень тяготило — обведите кружком цифру 3.

Пожалуйста, отвечайте на вопросы по возможности быстрее.

Перечень недомоганий

1.	Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т. д.	0 1 2 3
2.	Чувство печали, угнетенности	0 1 2 3
3.	Сдавленность, чувство как бы кома в горле	0 1 2 3
4.	Постоянное чувство беспричинной тревоги	0 1 2 3
5.	Частые слезы	0 1 2 3
6.	Чувство усталости, слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня	0 1 2 3
7.	Неудовлетворенность сексуальной жизнью	0 1 2 3
8.	Чувство, будто знакомые предметы стали странными и чужими	0 1 2 3
9.	Рвота в ситуациях нервного напряжения	0 1 2 3
10.	Плохое самочувствие в местах скопления людей	0 1 2 3
11.	Кожный зуд, быстро появляющаяся и исчезающая сыпь	0 1 2 3
12.	Многократная, затрудняющая жизнь проверка, все ли правильно сделано (закрыта ли дверь, выключен ли газ и т. д.)	0 1 2 3
13.	Судороги в мышцах, появляющиеся при выполнении только определенных действий (например, судороги в пальцах при письме, игре на музыкальных инструментах и т. д.)	0 1 2 3
14.	Головокружение	0 1 2 3
15.	Недостаток самостоятельности	0 1 2 3
16.	Чувство мучительного внутреннего напряжения	0 1 2 3
17.	Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний	0 1 2 3
18.	Навязчиво появляющиеся, мешающие упорные мысли, слова, представления	0 1 2 3
19.	Страшные сны, ночные кошмары	0 1 2 3
20.	Учащенное, сильное сердцебиение, не вызванное физическим усилием	0 1 2 3
21.	Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире)	0 1 2 3

22. Сильное чувство вины, самообвинение 0 1 2 3
23. Потеря чувствительности кожи в какой-либо части тела 0 1 2 3
24. Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие 0 1 2 3
25. Глубокое, интенсивное переживание неприятных событий 0 1 2 3
26. Ухудшение памяти 0 1 2 3
27. Трудности в сексуальной жизни (например, отсутствие эрекции, преждевременная эякуляция у мужчин; спазмы мышц у женщин и др.) 0 1 2 3
28. Чувство, будто мир, окружение как бы скрыто туманом 0 1 2 3
29. Головная боль, мешающая что-либо делать 0 1 2 3
30. Мучительное чувство одиночества 0 1 2 3
31. Вздутие живота, непроизвольное выделение газов 0 1 2 3
32. Многократное повторение одних и тех же ненужных или бессмысленных действий 0 1 2 3
33. Заикание 0 1 2 3
34. Ощущение прилива крови к голове 0 1 2 3
35. Затрудняющая жизнь неуверенность в себе 0 1 2 3
36. Рассеянность, мешающая деятельности 0 1 2 3
37. Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни 0 1 2 3
38. Постоянная борьба с навязчиво возвращающимися мыслями о желании нанести кому-либо вред, оскорбление и т. д. 0 1 2 3
39. Трудности засыпания 0 1 2 3
40. Боли в сердце 0 1 2 3
41. Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте 0 1 2 3
42. Потеря веры в свои силы 0 1 2 3
43. Кратковременная обездвиженность, невозможность двигать руками или ногами 0 1 2 3
44. Приступы панического ужаса 0 1 2 3
45. Подверженность сильным, глубоким переживаниям 0 1 2 3
46. Чувство, будто мышление значительно затруднено и менее ясно, чем обычно 0 1 2 3
47. Нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола 0 1 2 3
48. Чувство, будто окружающий мир нереален 0 1 2 3
49. Сухость во рту 0 1 2 3
50. Избегание людей, даже близких знакомых 0 1 2 3
51. Обмороки 0 1 2 3
52. Не поддающаяся контролю внутренняя необходимость выполнения ненужных движений (например, многократного ненужного мытья рук, прикосновения к чему-либо...) 0 1 2 3

53. Резкие, непроизвольные движения (тики) 0 1 2 3
54. Отсутствие аппетита 0 1 2 3
55. Беспомощность, жизненная «неумелость» 0 1 2 3
56. Нервность, хаотичность в движениях, снижающая эффективность действий 0 1 2 3
57. Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т. д.) 0 1 2 3
58. Возникающие против воли навязчивые мысли непристойного или кощунственного содержания 0 1 2 3
59. Приступы голода (например, необходимость еды ночью) 0 1 2 3
60. Чувство тепла и (или) холода без видимой причины 0 1 2 3
61. Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например на большой площади 0 1 2 3
62. Желание покончить с собой 0 1 2 3
63. Периодические нарушения зрения и слуха 0 1 2 3
64. Беспокойство 0 1 2 3
65. Невозможность сдерживать свои чувства, невзирая на последствия 0 1 2 3
66. Трудности в концентрации, сосредоточении внимания 0 1 2 3
67. Значительное ослабление или утрата полового влечения 0 1 2 3
68. Чувство чуждости собственного тела 0 1 2 3
69. Понос 0 1 2 3
70. Чувство стыда и скованности в присутствии лиц противоположного пола 0 1 2 3
71. Страх и (или) другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях 0 1 2 3
72. Замедленность движений и мыслей, апатия 0 1 2 3
73. Невозможность издать звуки, немота, внезапно появляющаяся и исчезающая 0 1 2 3
74. Запоры 0 1 2 3
75. Чувство, будто вы хуже других людей 0 1 2 3
76. Ломка, битье, уничтожение предметов от злости или при нервном возбуждении 0 1 2 3
77. Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием) 0 1 2 3
78. Упорное, навязчивое, ненужное пересчитывание, например, прохожих, фонарей, автомашин 0 1 2 3
79. Частое пробуждение ночью 0 1 2 3
80. Покраснение лица, шеи, груди 0 1 2 3
81. Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе 0 1 2 3
82. Пессимизм, предчувствие неудач и провалов в будущем 0 1 2 3
83. Недомогания, возникающие в трудных и неприятных ситуациях 0 1 2 3
84. Необоснованное чувство опасности, угрозы 0 1 2 3

85.	Неожиданное бурное переживание радости, счастья, экстаза	0 1 2 3
86.	Постоянное чувство усталости	0 1 2 3
87.	Неприятные переживания, связанные с онанизмом	0 1 2 3
88.	Чувство, будто вы живете как во сне	0 1 2 3
89.	Дрожь в мышцах рук, ног или всего тела	0 1 2 3
90.	Чувство, что вы легко поддаетесь влиянию других людей	0 1 2 3
91.	Аллергические недомогания («сенная» лихорадка, быстро возникающие и проходящие отеки и др.)	0 1 2 3
92.	Внутренняя необходимость выполнять какие-либо действия очень медленно и педантично	0 1 2 3
93.	Судороги мышц в различных частях тела	0 1 2 3
94.	Скопление чрезмерного количества слюны во рту	0 1 2 3
95.	Погружение в грезы наяву	0 1 2 3
96.	Не поддающиеся управлению взрывы злости и гнева	0 1 2 3
97.	Чувство, что вы больны какой-то тяжелой, угрожающей вашей жизни болезнью	0 1 2 3
98.	Чрезмерная жажда	0 1 2 3
99.	Бессонница	0 1 2 3
100.	Сильное чувство холода и (или) тепла, возникающее без видимой причины	0 1 2 3
101.	Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины	0 1 2 3
102.	Нехватка силы или энергии в какой-либо деятельности	0 1 2 3
103.	Затруднение дыхания (например, чувство недостатка воздуха или одышка, появляющиеся внезапно и быстро проходящие)	0 1 2 3
104.	Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т. д.	0 1 2 3
105.	Чувство, что вас недооценивают	0 1 2 3
106.	Снижение быстроты мышления, потеря сообразительности	0 1 2 3
107.	Боли или другие неприятные ощущения в половых органах	0 1 2 3
108.	Впечатление, что вы уже однажды видели то, что на самом деле видите сейчас впервые	0 1 2 3
109.	Неприятные ощущения или боль, возникающие под влиянием шума, яркого света или легких прикасаний и др.	0 1 2 3
110.	Чувство, что люди относятся к вам враждебно	0 1 2 3
111.	Непроизвольное мочеиспускание (например, во время сна)	0 1 2 3
112.	Злоупотребление алкоголем	0 1 2 3
113.	Непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела	0 1 2 3
114.	Неприятное потение в моменты волнения	0 1 2 3
115.	Чувство, что вы подчиняетесь (покоряетесь) другим людям	0 1 2 3
116.	Постоянное чувство злости, гнева	0 1 2 3

117. Неопределенные, блуждающие боли 0 1 2 3
118. Чувство протеста (бунта) 0 1 2 3
119. Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, независимо от обстоятельств 0 1 2 3
120. Чувство прилива крови к голове 0 1 2 3
121. Тревога за близких людей, которым в действительности ничто не угрожает 0 1 2 3
122. Чувство, что вы хуже, чем другие люди 0 1 2 3
123. Нарушение равновесия 0 1 2 3
124. Страх, что с вами что-то произойдет или вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна, или произойдет какая-то катастрофа и т. п.) 0 1 2 3
125. Чувство, что окружающие не интересуются вами и вашими делами 0 1 2 3
126. Наплыв мыслей 0 1 2 3
127. Нарушение месячных (у женщин) 0 1 2 3
128. Чувство бесцветности (бледности), малой интенсивности переживаний 0 1 2 3
129. Чувство мышечного напряжения 0 1 2 3
130. Потребность в одиночестве 0 1 2 3
131. Жжение в пищеводе, изжога 0 1 2 3
132. Учащенное мочеиспускание 0 1 2 3
133. Судорога, вынуждающая постоянно вертеть головой 0 1 2 3
134. Мышечные боли (например, боли в пояснице, грудной клетке и т. п.) 0 1 2 3
135. Шум в ушах 0 1 2 3
136. Тошнота, предобморочное состояние 0 1 2 3
137. Снижение половой потенции 0 1 2 3
138. Впечатление, что уже был в каком-то месте или ситуации, в которой на самом деле сейчас находишься впервые 0 1 2 3

Ключ к Симптоматическому опроснику Александровича (138 пунктов)

I. Страх, фобии — 1, 4, 21, 24, 41, 44, 61, 71, 81, 84, 101, 104, 121, 124.
II. Депрессивные расстройства — 2, 22, 42, 62, 75, 82, 122.
III. Беспокойство, напряжение — 16, 36, 56, 64, 76, 96, 112, 116, 118, 126.
IV. Нарушение сна — 19, 39, 79, 99, 119.
V. Истерические расстройства — 5, 25, 45, 65, 85, 105, 125.
VI. Неврастенические расстройства — 6, 26, 46, 66, 72, 86, 102, 106.
VII. Сексуальные расстройства — 7, 27, 47, 67, 87, 107, 137.

VIII. Дереализация — 8, 28, 48, 68, 88, 108, 128, 138.

IX. Навязчивости — 12, 18, 32, 38, 52, 58, 78, 92.

X. Трудности в социальных контактах — 10, 30, 50, 70, 130.

XI. Ипохондрические расстройства — 17, 37, 57, 77, 97, 117.

XII. Психастенические нарушения — 15, 35, 55, 90, 95, 110, 115.

XIII. Соматические нарушения — 3, 9, 11, 13, 14, 20, 23, 29, 31, 33, 34, 40, 43, 49, 51, 53, 54, 59, 60, 63, 69, 73, 74, 80, 83, 89, 91, 93, 94, 98, 100, 103, 109, 111, 113, 114, 120, 123, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136.

Если, отвечая на вопрос, пациент отмечает 0, то за такой ответ начисляется 0 баллов; 1 — 4 балла; 2 — 5 баллов; 3 — 7 баллов.

Подсчитывается сумма баллов по отдельным субшкалам (I–XIII) и общая сумма баллов (суммирование показателей всех субшкал I–XIII).

2. *Критерий степени осознания психологических механизмов болезни*

Для изучения степени осознания психологических механизмов болезни предлагаются специально разработанные методики:

- опросник для изучения отношения к болезни и лечению;
- опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания;
- методика исследования стадий психотерапии.

Могут использоваться методики, направленные на изучение невротического конфликта:

- методика незаконченных предложений;
- методика ТАТ;
- тест конфликтов Лаутербаха и ряд других.

Опросник для изучения отношения к болезни и лечению

Ниже приводятся 22 утверждения о причинах, побудивших вас начать лечение, а также о возможных ожиданиях, связанных с лечением. Оцените, пожалуйста, по 6-балльной шкале, насколько каждое из утверждений совпадает с вашими представлениями, насколько оно справедливо для вас:

1 — совершенно не подходит;
2 — не подходит;
3 — скорее не подходит;
4 — скорее подходит;
5 — подходит;
6 — совершенно подходит.

1. Я считаю, что условием уменьшения или устранения невротических симптомов является глубокое познание себя 1 2 3 4 5 6
2. Тревога, которую я часто испытываю, настолько сильна, что только врачи и лечебное учреждение в состоянии обеспечить мне чувство безопасности 1 2 3 4 5 6

3. Я хочу познакомиться с современными методами лечения неврозов в известном медицинском учреждении 1 2 3 4 5 6
4. Состояние моего здоровья настолько тяжело, что я, пожалуй, не скоро смогу нормально функционировать 1 2 3 4 5 6
5. Я надеюсь, что в ходе лечения научусь самостоятельно преодолевать имевшиеся до сих пор трудности в работе, учебе 1 2 3 4 5 6
6. Я обратился за помощью в медицинское учреждение, поскольку так рекомендовали мне мои врачи 1 2 3 4 5 6
7. Я думаю, что пребывание здесь предоставит мне возможность узнать новых интересных людей, получить новые необычные впечатления 1 2 3 4 5 6
8. Я очень хорошо знаю, какой метод лечения мне может помочь, надеюсь, что здесь он будет применен 1 2 3 4 5 6
9. По правде говоря, я бы не решился начать лечение, если бы не нажим со стороны моих родных 1 2 3 4 5 6
10. Я хочу как можно быстрее начать учиться устанавливать и поддерживать контакты с людьми 1 2 3 4 5 6
11. Я рассчитываю на то, что специалисты наконец обнаружат истинный характер и причины моих недомоганий 1 2 3 4 5 6
12. Я очень надеюсь, что врачи ликвидируют симптомы, причиняющие мне страдания 1 2 3 4 5 6
13. Прежде всего я хочу узнать, что именно в моем отношения к работе, учебе затрудняет мою успешность в них 1 2 3 4 5 6
14. Обратиться за лечением меня вынуждает ставящая меня «вне настоящей жизни» неприятная жизненная ситуация, в которой я оказался в последнее время 1 2 3 4 5 6
15. Я думаю, что познание и анализ моих установок, реакций и отношений к другим приведет к исправлению не удающихся мне контактов с людьми 1 2 3 4 5 6
16. Я думаю, что за время лечения здесь я научусь самостоятельно справляться с моими симптомами 1 2 3 4 5 6
17. Я хотел бы получить помощь в том, чтобы мои близкие изменили отношение ко мне 1 2 3 4 5 6
18. Я испытываю сильную потребность укрыться в безопасном месте от терзающих меня огорчений и забот 1 2 3 4 5 6
19. В жизни я испытал слишком много обид и несправедливостей, чтобы не ждать помощи, которую я заслуживаю 1 2 3 4 5 6
20. Надеюсь, что лечение вернет мне энергию и эффективность в деятельности: работе, учебе 1 2 3 4 5 6
21. Ввиду того что мне ставили много диагнозов, часто противоречащих друг другу, я хотел бы приобрести уверенность в истинном характере моего заболевания 1 2 3 4 5 6

22. Я надеюсь, что специалисты могут сделать так, чтобы мои контакты с окружением стали бы для меня более легкими и начали приносить мне удовлетворение 1 2 3 4 5 6

На основании данного опросника можно выделить характерные для пациента виды установок к лечению или мотивацию к лечению.

Мотивация к лечению (виды установок)

1. Установка на достижение инсайта:
   1, 13, 15.
2. Установка на изменение поведения:
   5, 10, 20.
3. Установка на достижение симптоматического улучшения:
   12, 16, 22.
4. Установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни (включая пребывание в больнице):
   2, 4, 14, 17, 18, 19.
5. Иная мотивация (включая пассивную позицию):
   3, 6, 7, 8, 9, 11, 21.

Оценка каждого высказывания может быть выражена в баллах от 1 до 6. Оценка степени выраженности каждого из пяти видов мотивации складывается из суммы баллов входящих в ее состав утверждений.

Сопоставление полученных данных дает возможность определить доминирующий вид мотивации (установки) к лечению.

Опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания

Список проблем

Ниже вы найдете утверждения, касающиеся различных проблем и трудностей, с которыми могут сталкиваться люди. Прочтите их внимательно и подчеркните те из них, которые относятся к вам. Если какие-либо из утверждений очень точно отражают ваши проблемы, зачеркните цифру, соответствующую ответу «совершенно верно». Если какое-либо утверждение достаточно точно описывает вас, но не абсолютно, — зачеркните цифру, соответствующую ответу «скорее верно». Вы, вероятно, встретите такие утверждения, которые будут лишь частично касаться вас. Тогда зачеркните цифру, соответствующую ответу «частично неверно». При утверждениях, которые, скорее всего, нельзя отнести к вам, зачеркните цифру при ответе «скорее неверно». Если какое-то утверждение нельзя отнести к вам и проблема, которой оно касается, вам абсолютно чужда, обведите кружком цифру ответа «совершенно неверно». Старайтесь не пропускать ни одно из утверждений

и после прочтения каждого выберите один из пяти возможных ответов. Если список не содержит каких-либо важных ваших проблем, допишите их сами в конце списка.

1. Не люблю просить у кого-либо совета и хотел бы сам со всем справляться, но одновременно чувствую себя действительно хорошо только тогда, когда знаю, что могу рассчитывать на чью-то помощь и опеку:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

2. Часто я противопоставляю себя кому-нибудь, руковожу другими людьми, когда они в этом нуждаются, но часто также отступаю, подчиняюсь:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

3. Я ненастойчив н несистематичен; хотел бы многого достичь, но постепенное достижение чего-либо, чего я очень хочу, представляет для меня огромную трудность:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

4. Я хотел бы многого достичь, быть «на уровне» в некоторых областях, но часто отступаю или не берусь за то, что может мне не удаться:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

5. Я честолюбив и не умею удовлетворяться тем, чего добивался до сих пор. Мне всегда кажется, что я должен достигнуть большего:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

6. Я хотел бы всегда делать то, что мне нравится, быть в согласии со своими стремлениями, но часто мне это затрудняют разные правила и нормы, которыми руководствуются люди вокруг меня:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

7. Что касается моей половой жизни, то мое половое влечение приводит к тому, что я часто нарушаю (или имею желание нарушить) правила и нормы, которые сам признаю:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

8. Я очень бы хотел быть «хорошим» во всем, что я делаю, но разные ситуации и разные люди предъявляют ко мне столько разных требований, что мне это не удается:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

9. Часто кто-либо раздражает меня или злит, хочется обругать или раскритиковать кого-либо, но я воздерживаюсь, так как знаю, что этого делать не следует:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

10. Часто у меня такое впечатление, будто все, что я делаю, например, как работник, подчиненный, мужчина (женщина), сын (дочь) и т. д., — не соответствует общепринятым правилам и требованиям:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

11. Я не сумел, в общем, избежать избытка обязанностей, которые на меня возлагали, а справиться со всем этим я был не в состоянии:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

12. Я хотел бы слишком многого добиться, имел замыслы, которые не могли осуществиться при моих возможностях и условиях, в которых я живу:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

13. Часто у меня такое впечатление, что люди недооценивают меня, не видят того, насколько я стараюсь сделать как можно лучше все, что от меня требуется:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

14. Мои эмоциональные и сексуальные отношения с женщинами (мужчинами) не складываются так, чтобы я мог (могла) назвать себя «настоящим мужчиной» («настоящей женщиной»), хотя для меня это очень важно:

0 — совершенно верно;
1 — скорее верно;
2 — частично верно, частично неверно;
3 — скорее неверно;
4 — совершенно неверно.

15. Прочие мои проблемы ____.

Перечень конфликтов, которым пользуется экспериментатор при оценке и анализе результатов заполнения больными опросника на исследование интрапсихических конфликтов.

1. Конфликт между потребностями к независимости и получению помощи, опеки.
2. Конфликт между потребностями к доминированию и подчинению.
3. Конфликт между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости.
4. Конфликт между потребностью в достижениях и страхом неудачи.
5. Конфликт или расхождение между уровнем притязаний и уровнем достижений.
6. Конфликт между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды.
7. Конфликт между нормами и сексуальными потребностями.
8. Конфликт между собственными поступками и нормами.
9. Конфликт между нормами и агрессивными тенденциями.
10. Конфликт между уровнем доверенных задач и собственными возможностями.
11. Конфликт между стремлением к достижению во всех областях жизни и невозможностью совместить требования различных ролей.
12. Конфликт между уровнем притязания и возможностями.

13. Конфликт между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий.

14. Конфликт между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально-сексуальных неудач.

Методика исследования стадий психотерапии

Опросник для исследования стадий психотерапии URICA (the University of Rhode Island Change Assessment Scale) создан группой авторов (McConnaughy, Prochaska, Veliser) в начале 80-х гг. XX в. Методика дает возможность определить четыре терапевтические стадии изменения (предразмышление, размышление, действие и сохранение). С помощью методики можно проводить непрерывное исследование отношений и установок пациентов в процессе психотерапии, характерных для каждой стадии изменений. На основании результатов исследования определяется стадия психотерапевтического процесса, на которой находится в данный период пациент, или выделяются характерные признаки нескольких стадий. Первоначально методика исследования стадии психотерапии предназначалась для описания проблем пациентов с аддиктивным поведением, проходящих психотерапию. Однако она является общей по своему содержанию, так как пациенты должны ответить на вопросы относительно имеющейся проблемы. Методика использовалась для измерения стадий терапии, связанных с большим кругом поведенческих проблем. Стадии терапии являются важнейшим аспектом, которому до недавнего времени не уделялось достаточного внимания как в литературе, так и в конкретных исследованиях.

Методика описывает содержание стадий психотерапии, основанное на их последовательности. Цель методики заключается в том, чтобы отнести пациента к той или иной стадии терапии, выделяя шкалы, по которым он обнаруживает наибольшие показатели. Первые исследования стадий психотерапии свидетельствали о том, что пациенты в каждый конкретный момент могут находиться только на одной стадии терапии. Однако позднее выяснилось, что пациент может находиться одновременно более чем на одной стадии.

Сопротивление, отрицание и различные уровни мотивации представляют собой серьезные проблемы для процесса и результата психотерапии. Чаще всего готовность к изменениям рассматривается как наличие или отсутствие мотивации. Была выдвинута концепция изменения как стадиального феномена. Процесс изменения представляет собой движение от предразмышления (для которого характерно непонимание или нежелание работать с проблемами и недостаточная активность) до размышления над проблемой (которое связано с серьезными намерениями и принятием решений). Стадия действия сопряжена с усилением активности, последняя стадия успешных изменений — стадия сохранения — представляет собой непрерывную деятельность, направленную на закрепление новых форм поведения и восприятия. Связь между четырьмя оценочными шкалами методики предполагает простейшую модель поведения; смежные пункты более связаны, чем несмежные. Поэтому переход от одного элемента к другому можно

охарактеризовать как возрастающую прогрессию, а не как случайность или неожиданность.

Методика включает 32 пункта, предназначенных для измерения четырех стадий терапии. К каждой стадии относится 8 высказываний, которые оцениваются пациентом по 5-балльной шкале: 1 — не соответствует; 2 — едва соответствует; 3 — соответствует в достаточной степени; 4 — сильно соответствует; 5 — очень сильно соответствует. Любое высказывание содержит описание того, что человек может чувствовать, когда начинает лечение или подходит к решению своих жизненных проблем. Количество баллов по каждой шкале переводится в стандартизированные показатели (Т).

Основные стадии терапевтических изменений. 1. *Стадия предразмышления*. Большинство больных, находящихся на данной стадии, не понимают или не до конца понимают характер своих проблем или вовсе не признают у себя проблем, которыми следовало бы заниматься. По словам Прохазка, «дело не в том, что они не видят решения. Они не видят проблемы». Больной не испытывает желания что-либо менять в себе или в ближайшем будущем, не понимает, каким образом сам способствовал возникновению своих трудностей, не видит смысла в лечении. Члены семьи, друзья, коллеги, напротив, понимают, что пациент имеет определенные проблемы. Часто только под влиянием окружения, зачастую использующего уговоры или даже угрозы, пациент соглашается обратиться к психотерапевту и даже демонстрирует некоторые изменения в поведении — до тех пор, пока сохраняется давление на него со стороны значимых людей. Пациенты, находящиеся на стадии предразмышления, могут заявлять о своем желании измениться, что вовсе не означает серьезных намерений сделать это. Сопротивление пониманию и разрешению проблемы — отличительная черта данной стадии. Примеры высказываний, характерных для стадии предразмышления:

«Пребывание здесь — для меня пустая трата времени, так как проблема не имеет ко мне никакого отношения».

«Вся эта болтовня о психологии скучна. Люди должны просто забыть о своих проблемах».

2. *Стадия размышления*. Пациент признает наличие проблемы и всерьез интересуется, возможно ли разрешить ее, поможет ли психотерапия, но готовность действовать выражена недостаточно. Другой важный аспект стадии размышления — взвешивание «за» и «против» между проблемой и ее решением. Пациенты, находящиеся на стадии размышления, часто раздумывают, стоит ли избавление от проблемы усилий, энергетических и временны́х затрат, необходимых для борьбы с ней. Тем не менее центральный аспект данной стадии — серьезное намерение разрешить проблемы. Примеры высказываний, характерных для стадии размышления:

«Над моими проблемами стоило бы поработать».

«Я уже думал о том, чтобы что-то в себе изменить».

3. *Стадия действия*. Пациент активно изменяет свое поведение, поступки и окружение с целью преодоления проблемы. Стадия действия предполагает наиболее явные, открытые поведенческие изменения и требует значительных затрат

времени и энергии. Пациенты часто ошибочно приравнивают действия к изменениям и в результате упускают из вида необходимость активной работы (которая является своего рода подготовкой к конкретным действиям) и усилий, направленных на сохранение результатов. Характерная черта стадии действия — модификация привычного образа восприятия и поведения и применение значительных усилий для изменения. Примеры высказываний, характерных для стадии действия:

«Иногда моя проблема трудна, но я работаю над ней».

«Каждый может говорить о том, что он хочет измениться, я же действительно что-то делаю для этого».

4. *Стадия сохранения.* Пациент достиг определенных результатов в решении своей проблемы и его беспокоит и тревожит, что проблема, которую он считал решенной, может вернуться. На данной стадии идет работа, направленная на предупреждение возвращения проблемы и закрепление результатов, полученных в ходе лечения. Традиционно стадия сохранения рассматривалась как статичная, однако стоит помнить, что сохранение — это продолжение, а не отсутствие действия. Основное положение данной стадии — сохранение позитивных изменений и предотвращение возобновления проблем. Примеры высказываний, характерных для стадии сохранения:

«Пожалуй, сейчас я нуждаюсь в содействии, чтобы помочь мне сохранить то, чего я уже достиг».

«Меня беспокоит, что опять может вернуться проблема, с которой я уже частично справился, поэтому я ищу здесь помощи».

Прохождение стадий представляет собой не линейный, как описано выше, а циклический процесс. Пациенты могут начинать со стадии размышления, прийти к решению ничего не менять и прекратить лечение. Действие и сохранение нередко прерываются возвращением к привычному образу поведения. Пациенты подчас совершают несколько оборотов этого цикла, прежде чем достигают успешных, позитивных изменений.

Инструкция и тест. Этот опросник должен помочь нам улучшить лечение. Каждое высказывание описывает, что человек может чувствовать, когда начинает лечение или подходит к решению своих жизненных проблем. Укажите, пожалуйста, насколько соответствует или, напротив, не соответствует вам каждое высказывание. Пожалуйста, отмечайте то, что *вы чувствуете именно сейчас*, а не то, что вы чувствовали раньше или могли бы или хотели бы чувствовать. В тексте опросника постоянно встречаются слова «проблема» и «здесь».

«*Проблема*» — это то, что вы напишите в графе «Проблема», т. е. то, в связи с чем вы обратились в нашу клинику.

«*Здесь*» — относится к вашему пребыванию в нашей клинике, данному конкретному периоду вашего лечения и его программе.

Когда речь идет об *изменении* вашей проблемы, имеется в виду избавление от симптомов, улучшение самочувствия, решение какой-либо проблемы, конфликта или ситуации. Пожалуйста, обведите кружком соответствующую цифру, которая лучше всего указывает, насколько соответствует или, напротив, не соответствует вам каждое высказывание.

Для каждого вопроса есть пять возможных ответов:
1 — вообще не соответствует;
2 — едва соответствует;
3 — соответствует в достаточной степени;
4 — сильно соответствует;
5 — очень сильно соответствует.

1. У меня нет личных проблем, которыми надо было бы заниматься 1 2 3 4 5
2. Я думаю, что сейчас готов что-то изменить в себе к лучшему 1 2 3 4 5
3. Я собираюсь что-то делать с проблемами, которые меня заботят 1 2 3 4 5
4. Над моими проблемами стоило бы поработать 1 2 3 4 5
5. У меня нет никакой проблемы, поэтому пребывание здесь не имеет для меня никакого смысла 1 2 3 4 5
6. Меня беспокоит, что опять может вернуться проблема, с которой я уже частично справился, поэтому я ищу здесь помощи 1 2 3 4 5
7. Наконец-то я занимаюсь своей проблемой 1 2 3 4 5
8. Я уже думал о том, чтобы что-то в себе изменить 1 2 3 4 5
9. Я уже с успехом работал над своей проблемой, но я не знаю, хватит ли у меня сил продолжить это 1 2 3 4 5
10. Иногда моя проблема трудна, но я работаю над ней 1 2 3 4 5
11. Пребывание здесь — для меня пустая трата времени, так как проблема не имеет ко мне никакого отношения 1 2 3 4 5
12. Я надеюсь, что мне здесь помогут лучше понимать самого себя 1 2 3 4 5
13. Я предполагаю, что у меня есть слабости, но нет ничего такого, что я действительно должен был бы изменить 1 2 3 4 5
14. Я действительно усердно работаю над тем, чтобы что-то в себе изменить 1 2 3 4 5
15. У меня есть проблема, и я действительно думаю, что должен над этим работать 1 2 3 4 5
16. Те изменения, которых я уже достиг, не так легко сохранить, как я надеялся, и я здесь для того, чтобы помешать возврату того, что было (рецидиву проблемы) 1 2 3 4 5
17. Хотя мне и не всегда удается что-то изменить в себе, я, по крайней мере, занимаюсь своей проблемой 1 2 3 4 5
18. Я думаю, что, однажды разрешив свою проблему, я должен был бы от нее освободиться, но иногда я снова вынужден бороться с ней 1 2 3 4 5
19. Я хотел бы иметь больше идей в отношении того, как решить свою проблему 1 2 3 4 5
20. Я уже начал работать над своей проблемой, но хотел бы помощи в этом 1 2 3 4 5
21. Возможно, здесь мне смогут помочь 1 2 3 4 5

22. Пожалуй, сейчас я нуждаюсь в содействии, чтобы помочь мне сохранить то, чего я уже достиг 1 2 3 4 5
23. Возможно, я как-то сам и способствовал проблеме, но я не думаю, что это действительно так 1 2 3 4 5
24. Я надеюсь, что здесь кто-нибудь даст мне хороший совет 1 2 3 4 5
25. Каждый может говорить о том, что он хочет измениться, я же действительно что-то делаю для этого 1 2 3 4 5
26. Вся эта болтовня о психологии скучна. Люди должны просто забыть о своих проблемах 1 2 3 4 5
27. Я здесь для того, чтобы предотвратить рецидив (возврат) проблемы 1 2 3 4 5
28. Меня тревожит, что проблема, которую я считал уже решенной, может вернуться снова 1 2 3 4 5
29. У меня есть заботы, но они есть и у других, поэтому незачем тратить время, думая об этом 1 2 3 4 5
30. Я активно работаю над моей проблемой 1 2 3 4 5
31. Лучше бы я научился избегать своих ошибок, чем потом пытаться их исправлять 1 2 3 4 5
32. После всего, что я сделал для того, чтобы изменить свою проблему, она все равно снова и снова преследует меня 1 2 3 4 5

Обработка результатов

Ключ к методике

1-я шкала — стадия «Предразмышление» включает пункты:
1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.
2-я шкала — стадия «Размышление» включает пункты:
2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.

3-я шкала — стадия «Действие» включает пункты:
3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.

4-я шкала — стадия «Сохранение» включает пункты:
6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

По каждой шкале подсчитывается суммарный балл. Далее суммарный балл по каждой шкале переводится в стандартизированные показатели (Т) по специальной, прилагаемой табл. П-25 перевода «сырых» баллов в стандартные показатели.

В качестве примера приведем подсчет баллов по 1-й шкале «Предразмышление».

1-й пункт — ответ 2
5-й пункт — ответ 1
11-й пункт — ответ 4
13-й пункт — ответ 3
23-й пункт — ответ 1
26-й пункт — ответ 5

Таблица П-25. Перевод «сырых» баллов в Т-баллы

Т-оценки	1	2	3	4
100	30–35			
95	29–30			
90	27–28			
85	25–26			
80	23–24			
75	21–22			
70	19–20		35	35
65	17–18		33–34	33–34
60	15–16	34–35	31–32	31–32
55	13–14	33	29–30	28–29–30
50	**11–12**	**31–32**	**27–28**	**26–27**
45	09–10	30	25–26	23–24–25
40		28–29	23–24	21–22
35		27	21–22	18–19–20
30		25–26	19–20	16–17
25		24	17–18	13–14–15
20		22–23	15–16	11–12
15		21	13–14	08–09–10
10		19–20	11–12	07
05		18	09–10	
00		16–17	07–08	
–05		15		
–10		13–14		
–15		07–12		

1 шкала — Предразмышление: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31
2 шкала — Размышление: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
3 шкала — Действие: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30
4 шкала — Сохранение: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

29-й пункт — ответ 3
31-й пункт — ответ 2
Суммарный балл — 21

Допустим, по всем шкалам получены следующие сырые оценки:

1-я шкала — 21 балл

2-я шкала — 25 баллов
3-я шкала — 13 баллов
4-я шкала — 7 баллов

Соответственно стандартизованные показатели (Т) составят:

1-я шкала — 75 Т
2-я шкала — 30 Т
3-я шкала — 15 Т
4-я шкала — 10 Т

Эти результаты свидетельствуют о том, что в данный момент наш пациент находится на 1-й стадии — стадии предразмышления, основной характеристикой которой является сопротивление пониманию и разрешению проблем. Однако следует отметить, что в данном случае также в определенной степени представлены признаки стадии размышления: пациент уже задумывается над своими проблемами, однако его мотивация к активной работе еще явно недостаточна и не является устойчивой. Показатели стадии действия и стадии сохранения указывают на отсутствие активности, направленной на переработку проблем с целью их преодоления и изменения своего поведения.

3. *Критерий степени изменения нарушенных отношений личности*

Для изучения степени изменения нарушенных отношений личности могут быть использованы хорошо известные психологические методики:

- методика незаконченных предложений;
- методика ТАТ;
- семантический дифференциал;
- методика Q-сортировки;
- методика Лири и ряд других.

Методика Q-сортировки

Методика Q-сортировки широко известна практическим психологам, имеет несколько модификаций. Здесь представлен краткий вариант методики, разработанный в Университете им. Гумбольдта (Берлин) и адаптированный в Институте им. В. М. Бехтерева.

Методика Q-сортировки позволяет измерить самооценку как степень расхождения между реальным и идеальным образами Я. С точки зрения многих авторов, этот показатель может рассматриваться и как «индекс невротичности».

Методика состоит из 28 карточек со следующими утверждениями:

1. Я часто испытываю чувство безнадежности.
2. Я чувствую себя беспомощным.
3. Я негармоничный человек.
4. Я чувствую большой недостаток энергии.
5. Я чувствую себя неловко.
6. Я склонен избегать поставленных задач и предъявляемых ко мне требований.
7. Я пытаюсь не думать о своих трудностях.

8. Я не уважаю себя.
9. Я боюсь обнаружить перед окружающими свои трудности и проявления своей болезни.
10. У меня отсутствует уважение к себе.
11. Я не могу сделать выбор.
12. Я боюсь неудач, когда хочу чего-либо достичь.
13. Внутри я чувствую себя неуверенно.
14. Как личность я привлекателен для другого пола.
15. Я уравновешенный человек.
16. Я сам могу себя хорошо понимать.
17. Я хорошо держусь.
18. Я импульсивный человек.
19. Я уравновешенный человек, и ничто не может вывести меня из себя.
20. Если я принимаю решения, то обычно их не изменяю.
21. Большинство людей, которые меня знают, хорошо ко мне относятся.
22. Я оптимист.
23. Самая жестокая борьба для меня — это борьба с самим собой.
24. Я открыто выражаю свои чувства.
25. Я могу хорошо управлять собой.
26. Часто я хочу дать себе пощечину за то, что сделал.
27. Я сам виноват в своих трудностях.
28. Я сам предъявляю к себе высокие требования.

Испытуемому даются следующие инструкции.

Инструкция 1 (Я-реальное). Перед вами 28 карточек, каждая из которых содержит высказывание, касающееся определенных качеств и характеристик человека. Вам нужно рассортировать их так, чтобы они описывали вас таким, какой вы есть, и как можно точнее. Рассортируйте, пожалуйста, все карточки на 6 категорий — от самого похожего на вас до самого непохожего. В каждой категории должно быть определенное количество карточек:

1-я категория — 2 карточки
2-я категория — 5 карточек
3-я категория — 7 карточек
4-я категория — 7 карточек
5-я категория — 5 карточек
6-я категория — 2 карточки

Инструкция 2 (Я-идеальное). А теперь разложите карточки таким образом, чтобы они описывали вас таким, каким вы хотели бы быть.

Вторая инструкция дается только после того, как испытуемый выполнил 1-ю сортировку.

Обработка результатов. Коэффициент корреляции между реальным и идеальным образами Я, т. е. показатель самооценки высчитывается следующим образом:

$$r = 1 - \frac{\sum d^2}{105{,}8},$$

где d — разница между номерами категорий, в которые попала n-я карточка в 2 сортировках.

Например:

1-я карточка при 1-й сортировке (Я-реальное) оказалась во 2-й категории, при 2-й сортировке (Я-идеальное) — в 5-й.

Следовательно, $d_1 = 5 - 2 = 3$.

2-я карточка при 1-й сортировке (Я-реальное) оказалась во 2-й категории, при 2-й сортировке (Я-идеальное) — во 2-й.

$d_2 = 2 - 2 = 0$ и т. д.

28-я карточка при 1-й сортировке (Я-реальное) оказалась в 6-й категории, при 2-й сортировке (Я-идеальное) — в 1-й.

$d_{28} = 6 - 1 = 5$.

Знак не учитывается.

Таблица П-26. Q-сортировка, регистрационный бланк

Очень похоже	Похоже	Скорее похоже	Скорее не похоже	Очень похоже	Совершенно не похоже

Очень похоже	Похоже	Скорее похоже	Скорее не похоже	Очень похоже	Совершенно не похоже

Далее все значения dn (от d_1 до d_{28}) возводятся в квадрат и квадраты суммируются.

$d_1 = 3$ $d^2{}_1 = 9$

$d_2 = 0$ $d^2{}_2 = 0$

... ...

$d_{28} = 5$ $d^2{}_{28} = 25$

$\Sigma d^2 =$

При оценке результатов можно опираться на следующие данные. Диапазон коэффициента корреляции, полученный по группе здоровых, — от 0,46 до 0,90 (среднее значение — 0,56).

Дипазон коэффициента корреляции, полученный по группе больных неврозами (F40–F48), — от 0,10 до 0,58 (среднее значение — 0,23).

Значение коэффициента корреляции выше 0,90 может свидетельствовать о некритичности и характерно для лиц с личностными расстройствами (F60–F69).

Значение коэффициента корреляции ниже 0,10 может свидетельствовать о наличии депрессивного радикала (F30–F39).

Полученные результаты могут быть подвергнуты и качественному анализу.

4. *Критерий степени улучшения социального функционирования*

Для изучения степени улучшения социального функционирования может быть использована методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана (модификация методики Бойко).

Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана (модификация методики Бойко)

Социальная фрустрированность как сложная по структуре психологическая переменная в методике диагностики уровня социальной фрустрированности (УСФ) определяется уровнем «удовлетворенности — неудовлетворенности» в 20 сферах отношений личности, выделенных как наиболее значимые для любого взрослого, преимущественно трудоспособного человека, жизнедеятельность которого проходит в социуме и данной культуре. Для отдельных индивидов некоторые сферы отношений могут быть неактуальными, например отношения с родителями (нет родителей), детьми (нет детей) и т. п. Поэтому оценка уровня «удовлетворенности — неудовлетворенности» в этих сферах испытуемым не фиксируется.

В настоящем практикуме приведен сокращенный вариант методики УСФ. Полная модификация, где медико-социологическая анкета сопряжена с применением субъективного шкалирования, приводится в методических рекомендациях, подготовленных в лаборатории клинической психологии Института им. В. М. Бехтерева (*Вассерман Л. И.*, *Иовлев Б. В.*, *Беребин М. А.* Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: Методические рекомендации. — СПб., 2004. — 29 с.).

Выделяют пять основных направлений, или блоков, шкалы, по четыре позиции в каждом:

- удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (с женой, мужем, родителями, детьми);
- удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзьями, коллегами, администрацией, противоположным полом);
- удовлетворенность своим социальным статусом (образованием, уровнем профессиональной подготовки, сферой профессиональной деятельности, работой в целом);
- удовлетворенность социально-экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением свободного времени и отдыха, своим положением в обществе);
- удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью (физическим здоровьем, психоэмоциональным состоянием, работоспособностью, своим образом жизни в целом).

Инструкция. Далее предлагается опросник, который фиксирует степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности. Прочтите каждый вопрос и укажите один наиболее подходящий ответ: 0 — полностью удовлетворен; 1 — скорее удовлетворен; 2 — затрудняюсь ответить; 3 — скорее неудовлетворен; 4 — совершенно не удовлетворен. Долго не раздумывайте.

Обработка результатов. По каждому пункту определяется показатель уровня фрустрированности. Он может варьировать от 0 до 4 баллов. Выводы об уровне социальной фрустрированности делаются с учетом величины балла (среднего балла) по каждому пункту. Чем больше балл, тем выше уровень социальной фрустрированности:

- 3,5–4 балла — очень высокий уровень фрустрированности;
- 3,0–3,4 — повышенный уровень фрустрированности;
- 2,5–2,9 — умеренный уровень фрустрированности;
- 2,0–2,4 — неопределенный уровень фрустрированности;
- 1,5–1,9 — пониженный уровень фрустрироваииости;
- 0,5–1,4 — очень низкий уровень;
- 0–0,5 — отсутствие (почти отсутствие) фрустрированности.

Таблица П-27. Степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности

Сферы социального функционирования	Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Затрудняюсь ответить	Скорее не удовлетворен	Совершенно не удовлетворен
1. Удовлетворенность взаимоотношениями с женой (мужем)					
2. Удовлетворенность взаимоотношениями с родителями					
3. Удовлетворенность взаимоотношениями с детьми					
4. Удовлетворенность взаимоотношениями с родственниками					
5. Удовлетворенность взаимоотношениями с друзьями					
6. Удовлетворенность взаимоотношениями с противоположным полом					
7. Удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами по работе					
8. Удовлетворенность взаимоотношениями с администрацией по работе					
9. Удовлетворенность своим образованием					
10. Удовлетворенность уровнем профессиональной подготовки					
11. Удовлетворенность сферой профессиональной деятельности					
12. Удовлетворенность работой в целом					

Сферы социального функционирования	**Полностью удовлетворен**	**Скорее удовлетворен**	**Затрудняюсь ответить**	**Скорее не удовлетворен**	**Совершенно не удовлетворен**
13. Удовлетворенность материальным положением					
14. Удовлетворенность жилищно-бытовыми условиями					
15. Удовлетворенность проведением свободного времени					
16. Удовлетворенность своим положением в обществе					
17. Удовлетворенность своим физическим состоянием					
18. Удовлетворенность своим психоэмоциональным состоянием					
19. Удовлетворенность своей работоспособностью					
20. Удовлетворенность своим образом жизни в целом					
Сумма баллов					

ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССОВ

Коммуникативная компетентность (умение общаться) — профессионально значимое качество врача, которое обеспечивается наличием таких психологических характеристик, как уверенность в себе, выраженность эмпатической тенденции, тенденции к аффилиации, чувствительность к отвержению, способность к восприятию социальной поддержки. Важным для формирования коммуникативной компетентности является также интернальный локус контроля. Напротив, к качествам, снижающим способность к установлению и развитию межличностных отношений с больным, относится высокий уровень депрессивных и тревожных переживаний врача. Ниже приводятся психодиагностические методики, с помощью которых можно оценить наличие психологических характеристик, формирующих коммуникативную компетентность.

Уверенность в себе

Бихевиоральные терапевты полагают, что степень уверенности в себе представляет некоторую шкалу. На одном конце этой шкалы — человек неуверенный, который сталкивается с трудностями при выражении положительных эмоций по отношению к другим, при беседе с незнакомыми людьми, при необходимости обратиться к кому-либо с просьбой или за советом, ответить отказом на неразумную просьбу. Этот человек не знает, как начать или закончить разговор, как реагировать должным образом, как выразить раздражение или негодование. На другом конце этой шкалы находится человек агрессивный, чья единственная забота — он сам. Этот человек часто не заботится о правах и привилегиях других, он углублен в себя, ориентирован на собственные ценности и цели. Между этими двумя крайностями — уверенный (наученный общению) человек. Он ясно и прямо выражает позитивные и негативные чувства, не игнорируя права и чувства окружающих. Уверенный человек отстаивает свои законные права, активно завязывает новые отношения с другими людьми и обычно успешно справляется со сложными и затруднительными ситуациями. Опросник позволит определить, насколько уверен-

но вы ведете себя в различных ситуациях. Следующие 10 пунктов помогут оценить степень уверенности в себе.

Инструкция. Обведите кружком одну из цифр в зависимости от того, насколько данное утверждение подходит к вам.

0 — нет или никогда.
1 — отчасти или иногда.
2 — нечто среднее.
3 — обычно или много.
4 — практически всегда или всецело.

1.	Когда человек очень нечестен, вы обращаете его внимание на это?	0 1 2 3 4
2.	Вы открыто протестуете, когда кто-то в очереди занимает ваше место?	0 1 2 3 4
3.	Вы часто избегаете людей или ситуаций из-за страха почувствовать себя в замешательстве?	0 1 2 3 4
4.	Когда продавец старается угодить вам, то вам трудно сказать «нет», даже если товар не совсем такой, как вам хотелось бы?	0 1 2 3 4
5.	Если кто-то взял у вас на время деньги (или книгу, одежду, дорогую вещь) и не спешит возвращать, вы напомните ему об этом?	0 1 2 3 4
6.	Если кто-то бьет ногой по вашему стулу в кино или на лекции, вы попросите его не делать этого?	0 1 2 3 4
7.	Когда вы обнаруживаете, что купили плохой товар, вы возвращаете его?	0 1 2 3 4
8.	Если вы не согласны с человеком, которого уважаете, вы можете высказать свою точку зрения?	0 1 2 3 4
9.	Если вас беспокоит, что кто-то курит рядом с вами, вы можете сказать об этом?	0 1 2 3 4
10.	Когда вы встречаете незнакомого человека, вы первым представляетесь и начинаете разговор?	0 1 2 3 4

Обучение уверенности в себе помогает вырабатывать навыки общения с помощью таких методик, как репетиция поведения и самоконтроль. В методе репетиции поведения пациент обучается межличностным навыкам с помощью структурных ролевых игр.

Бекер и соавторы рекомендуют составлять каждое подобное упражнение в соответствии со следующими требованиями.

1. Пациенту следует дать точные инструкции о роли, которую он должен представить.

2. Следует показать пациенту желаемое исполнение и затем удостовериться, что клиент отметил характерные аспекты поведения в тренируемой ситуации.

3. Пациент должен исполнить роль, которую он только что наблюдал. Роль нужно представить открыто (в действии) или скрыто (мысленно повторить действие).

4. Следует обеспечить правильную обратную связь с пациентом относительно различных аспектов исполнения, дать новые инструкции и проиллюстрировать навыки, которые необходимо улучшить.

5. Одобрить попытку пациента следовать инструкции и поощрить его на дальнейшие ролевые игры (цит. по: Хьелл, Зиглер).

При методе самоконтроля пациент делает записи о каких-то разрозненных событиях по мере того, как они происходят. Такая запись позволяет ему точно определить случаи социального избегания, бестактности, тревоги или фрустрации. Наиболее общеупотребительная стратегия самоконтроля — ежедневное заполнение журнала домашней работы. Этот журнал важен, так как его можно использовать и как руководство для новых поведенческих целей, и как инструмент для оценки успехов пациента в тренировке уверенности.

Личностный опросник для измерения эмоционального отношения к общению

Шкала 1. Измерение эмпатической тенденции

1. Мне обидно, когда новый человек чувствует себя в группе одиноко.
2. Люди обычно преувеличивают способность животных переживать, преувеличивают их чувствительность.
3. Меня раздражает, когда люди открыто проявляют свои эмоции.
4. Терпеть не могу, когда неудачники себя жалеют.
5. Когда люди вокруг меня нервничают, я тоже начинаю нервничать.
6. Я считаю, что плакать от счастья глупо.
7. Я эмоционально включаюсь в проблемы своих друзей.
8. Иногда слова песен о любви глубоко трогают меня.
9. Мне трудно сохранять самообладание, когда я приношу людям плохие новости.
10. Мое настроение сильно зависит от окружающих меня людей.
11. Большинство иностранцев кажутся мне людьми холодными и неэмоциональными.
12. Работу, которая дала бы мне возможность помогать людям решать их личные проблемы, я предпочел бы работе, связанной с обучением людей.
13. Я не склонен расстраиваться только потому, что мой друг чем-то расстроен.
14. Я люблю наблюдать, как люди разворачивают подарки.
15. Одинокие люди обычно недружелюбны.
16. Меня очень огорчает, когда люди плачут.
17. Слушая некоторые песни, я чувствую себя счастливым.
18. Когда я читаю книгу, я сам переживаю все чувства героев.
19. Я выхожу из себя, когда вижу, что с кем-то жестоко обращаются.
20. Я могу оставаться спокойным, даже если вокруг меня все обеспокоены.

21. Когда знакомый начинает говорить о своих проблемах, я стараюсь перевести разговор на другую тему.
22. Я не заражаюсь чужим смехом.
23. Иногда в кино я бываю удивлен тем, как много людей вокруг меня плачут или всхлипывают.
24. Я могу принимать решения, не беря в расчет чувства людей.
25. Я не могу прекрасно чувствовать себя, когда окружающие меня люди чем-то подавлены.
26. Я не могу понять, почему некоторые вещи так расстраивают людей.
27. Мне очень больно видеть страдающих животных.
28. Глупо переживать из-за событий, произошедших в фильме или книге.
29. Мне жаль беспомощных людей.
30. Когда кто-то рыдает, это вызывает у меня скорее раздражение, чем сочувствие.
31. Когда я смотрю кино, я ярко переживаю все, что вижу на экране.
32. Я часто обнаруживал, что могу сохранять спокойствие, даже когда вокруг меня все очень возбуждены.
33. Маленькие дети иногда плачут безо всяких причин.

Шкала 2. Измерение тенденции к аффилиации

1. Когда меня представляют кому-то, я не особенно стараюсь понравиться.
2. Я предпочитаю руководителя дружелюбного и легкого в общении руководителю более уважаемому, но более холодному в общении.
3. Когда я себя плохо чувствую, я предпочитаю быть на людях, а не один.
4. Если бы мне пришлось выбирать, то я предпочел бы репутацию человека умного скорее, чем приятного в общении.
5. Для меня очень важно иметь друзей.
6. Когда я испытываю восхищение кем-либо, я предпочитаю сразу же выразить это, а не оставлять свои эмоции для специального случая.
7. Хороший фильм я предпочту вечеринке.
8. Мне нравится иметь много друзей.
9. Путешествовать я предпочитаю в одиночку, а не в компании друзей.
10. Если я не сошелся с первой встречи с каким-то человеком, я много думаю о том, как же нам все-таки найти общий язык.
11. Для меня слава более привлекательна, чем дружба.
12. Я предпочитаю работать независимо, а не совместно с другими.
13. Я думаю, что любой опыт более глубок, если получил его вместе с друзьями.
14. Когда я встречаю знакомого на улице, я обычно здороваюсь первым.
15. Я предпочитаю свободу, пусть даже сопряженную с одиночеством, хорошим и теплым чувствам на основе тесных уз, связывающих тебя с другими людьми.

16. Я участвую в работе кружков и общественных организаций, так как это хороший путь для завязывания дружеских связей.
17. В выборе работы я очень полагаюсь на рекомендации моих друзей.
18. Я не считаю, что в отношениях друзей возможно притворство.
19. Ночью я предпочитаю сразу ложиться спать, а не болтать допоздна о впечатлениях дня.
20. У меня очень мало близких друзей.
21. Когда я общаюсь с людьми, мне не особенно важно, нравлюсь я им или нет.
22. Если бы мне пришлось выбирать, я предпочел бы глубокую привязанность друзей репутации человека толкового и остроумного.
23. Я предпочитаю индивидуальные развлечения типа разгадывания кроссвордов групповым типа игры в карты.
24. Мне намного больше нравятся теплые, открытые люди, чем отчужденные и официальные в общении.
25. Я лучше почитаю интересную книгу или схожу в кино, чем проведу вечер в компании друзей.
26. Когда я путешествую, мне интереснее встречаться с людьми, чем в одиночку осматривать достопримечательности.

Шкала 3. Измерение чувствительности к отвержению

1. Иногда я предпочитаю общение с незнакомыми людьми общению с хорошо известными мне.
2. Если мне скучно в компании, я не стесняюсь уйти первым.
3. Меня очень задевает, когда близкий друг противоречит мне на людях.
4. Когда группа обсуждает важный вопрос, я не прочь высказать свое мнение.
5. Я стараюсь избегать общения с критически настроенными людьми.
6. Я часто захожу к людям без приглашения.
7. Я могу спокойно пойти куда-либо, даже если знаю, что некоторые люди в этом месте не любят меня.
8. Прежде чем высказать определенную точку зрения или возразить комулибо, я стараюсь сначала выяснить взгляды группы.
9. Если два моих друга спорят, я без колебаний могу принять одну из сторон, мнение которой я разделяю.
10. Если я попросил какого-то человека пойти со мной куда-либо и он отказался, то я буду долго сомневаться, звать ли мне его снова.
11. Я стараюсь не высказывать определенно своих взглядов, пока я не знаю людей достаточно хорошо.
12. Если я не понял того, что сказал кто-либо из участников спора, мне неловко будет прерывать его и просить повторить эту мысль еще раз.
13. Я люблю обсуждать дискуссионные темы, такие как, например, политика или религия.
14. Мне неудобно просить людей вернуть мне долг.

15. Я открыто критикую людей и ожидаю того же в отношении меня самого.
16. Я могу прекрасно провести время в компании, даже если я одет не совсем подходяще к случаю.
17. Я иногда болезненно переношу критику.
18. Если кто-то меня недолюбливает, то я стараюсь его избегать.
19. Мне не трудно попросить человека об услуге.
20. Я стараюсь не противоречить людям, так как боюсь обидеть их.
21. Я очень чувствителен к проявлениям нежелания разговаривать со мной со стороны собеседника.
22. Если я иду куда-либо, где я никого не знаю, я предпочитаю пойти с другом.
23. Я никогда не боюсь высказывать свою точку зрения, даже если она явно не совпадает с мнением моего собеседника.
24. Я люблю ходить в незнакомые компании.

Обработка результатов по шкалам личностного опросника для измерения эмоционального отношения к общению

1. В методике используется 9-балльная шкала (от –4 до +4). Испытуемый выбирает ответы со знаком плюс (+), если он согласен с предложенными в опроснике утверждениями (+1, +2, +3, +4), и ответы со знаком минус (–), если он не согласен с предложенными в опроснике утверждениями (–1, –2, –3, –4). Чем больше по своему абсолютному значению цифра, тем выше степень согласия-несогла сия. Ноль (0) означает невозможность выбрать какой-либо ответ.

2. Полученные в результате тестирования данные необходимо преобразовать, изменив в ряде случаев знаки ответов на противоположные. Например, +3 меняется на –3; –2 на +2 и т. д. Ниже приводятся номера утверждений, в ответах на которые необходимо изменить знаки на противоположные. В шкале 1 (в шкале эмпатической тенденции) знаки меняются на противоположные в ответах на следующие утверждения: 2, 3, 4, 6, 11, 13, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 32, 33 (всего 17 утверждений). В шкале 2 (в шкале аффилиативной тенденции) знаки меняются на противоположные в ответах на следующие утверждения: 1, 4, 7, 9, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 25 (всего 13 утверждений). В шкале 3 (в шкале чувствительности к отвержению) знаки меняются на противоположные в ответах на следующие утверждения: 1, 2, 4, 6, 7, 9, 13, 15, 16, 19, 23, 24 (всего 12 утверждений).

3. Полученные после преобразования результаты суммируются по шкалам.

Нормативные данные по шкалам (средние и допустимые отклонения).

Шкала 1. Средние: для женщин +56 баллов, для мужчин +26 баллов.

Отклонения: 21 (т. е. диапазон допустимых значений от 35 до 77) для женщин и 22 (т. е. диапазон допустимых значений от 4 до 48) для мужчин.

Шкала 2. Среднее +30 баллов, разброс 23 (диапазон допустимых значений от +7 до +53).

Шкала 3. Среднее –6 баллов, разброс 23 (диапазон допустимых значений от –29 до +17).

В норме данные испытуемого должны попасть в указанные интервалы. Чем выше балл, тем сильнее выражена измеряемая тенденция.

Шкала социальной поддержки

Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (M. S. P. S. S.) была разработана Зиметом и после адаптации к использованию на русском языке была апробирована в исследованиях Сироты и Ялтонского. Шкала представляет собой краткое, измеряемое самосообщение, оценивающее субъективное восприятие социальной поддержки в 12-балльном рейтинге. Шкала предназначена для обследования подростков и взрослых. Она оценивает эффективность и адекватность социальной поддержки по трем аспектам — «семья», «друзья» и «значимые другие». Шкала рассматривается Зиметом как психометрический зонд с хорошей надежностью, адекватной факторной и конструктивной валидностью, простой для обследования и экономящий время инструмент. Она включает в себя 12 пунктов утверждений, которые оцениваются в 1 балл каждое, если на них дается утвердительная реакция. Обследуемый должен обвести кружком те пункты, с которыми он не согласен. Затем проводится подсчет общей оценки восприятия социальной поддержки в баллах по каждому из трех аспектов в отдельности.

1. Есть кто-то, кто рядом, когда я в беде.
2. Есть кто-то, с кем я могу разделить свои беды и радости.
3. Моя семья на самом деле хочет мне помочь.
4. Я получаю эмоциональную поддержку, в которой нуждаюсь, от моей семьи.
5. У меня есть кто-то, с кем я чувствую себя хорошо.
6. Мои друзья в действительности пытаются мне помочь.
7. Я могу рассчитывать на моих друзей, когда мне плохо.
8. Я могу говорить о моих проблемах с моей семьей.
9. У меня есть друзья, с которыми я могу разделить свои беды и радости.
10. Есть кто-то особый в моей жизни, кого заботят мои чувства.
11. Моя семья хочет помочь мне в принятии решений.
12. Я могу говорить о моих проблемах с моими друзьями.

Социальная поддержка семьи оценивается по пунктам 3, 4, 8, 11.

Социальная поддержка друзей оценивается по пунктам 6, 7, 9, 12.

Социальная поддержка от «значимых других» оценивается по ответам на утверждения 1, 2, 5, 10.

Оценка наличия и выраженности эмоционально-негативных состояний, формирующих «коммуникативный барьер» во взаимоотношениях врача с больными

Оценка уровня депрессии

Оценка выраженности уровня депрессии проводится с использованием шкалы депрессии, разработанной и адаптированной в отделении наркологии НИИ

им. В. М. Бехтерева Балашовой. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для экспресс-диагностики при массовых исследованиях, а также в целях предварительной, доврачебной диагностики. Исследование с обработкой полученных результатов занимает 20—30 мин. В процессе работы испытуемый отмечает свои ответы на предлагаемом стандартном бланке.

Бланк для ответов

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

1 — никогда или изредка.
2 — иногда.
3 — часто.
4 — почти всегда или постоянно.

1.	Я чувствую подавленность	1 2 3 4
2.	Утром я чувствую себя лучше всего	1 2 3 4
4.	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1 2 3 4
5.	У меня плохой ночной сон	1 2 3 4
6.	Аппетит у меня не хуже обычного	1 2 3 4
7.	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1 2 3 4
8.	Я замечаю, что теряю вес	1 2 3 4
9.	Меня беспокоят запоры	1 2 3 4
10.	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1 2 3 4
11.	Я устаю без всяких причин	1 2 3 4
12.	Я мыслю так же ясно, как всегда	1 2 3 4
13.	Мне легко делать то, что я умею	1 2 3 4
14.	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1 2 3 4
15.	У меня есть надежды на будущее	1 2 3 4
16.	Я более раздражителен, чем обычно	1 2 3 4
17.	Мне легко принимать решения	1 2 3 4
18.	Я чувствую, что полезен и необходим	1 2 3 4
19.	Я живу достаточно полной жизнью	1 2 3 4
20.	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1 2 3 4
21.	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1 2 3 4

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле: УД = Сумма «прямых» + + Сумма «обратных», где Сумма «прямых» — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям: № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15,19; Сумма «обратных» — сумма зачеркнутых цифр к «обратным» высказываниям: № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. В результате получается УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии. Если УД находится в диапазоне от 50 до 59 баллов, то делается вывод о наличии легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагносцируется при УД более чем 70 баллов.

Оценка уровня тревоги

Уровень тревоги оценивается с помощью личностной шкалы проявлений тревоги Тейлор. Утверждения опросника входят в состав MMPI в качестве дополнительной шкалы. Опросник адаптирован Немчиным и включает в себя 50 утверждений. В соответствии с инструкцией каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Испытуемый откладывает карточки вправо и влево в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Исследование продолжается в течение 15–30 мин.

Текст опросника

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.
3. У меня редко бывают запоры.
4. У меня редко бывают головные боли.
5. Я редко устаю.
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
7. Я уверен в себе.
8. Практически я никогда не краснею.
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
10. Я краснею не чаще, чем другие.
11. У меня редко бывает сердцебиение.
12. Обычно мои руки достаточно теплые.
13. Я застенчив не более, чем другие.
14. Мне не хватает уверенности в себе.
15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
17. Мой желудок сильно беспокоит меня.
18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
21. Мне нередко снятся кошмарные сны.
22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.

23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.
24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.
27. Я работаю с большим напряжением.
28. Я легко прихожу в замешательство.
29. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.
30. Я склонен принимать все слишком всерьез.
31. Я часто плачу.
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
40. Даже в холодные дни я легко потею.
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.
42. Я — человек легко возбудимый.
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот-вот выйду из себя.
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
47. Я почти все время испытываю чувство голода.
48. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяка.
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
50. Ожидание всегда нервирует меня.

Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о наличии тревожности.

Каждый ответ «да» на высказывания 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 и ответ «нет» на высказывания 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка: суммарный показатель, равный 40–50 баллам, свидетельствует о наличии очень высокого уровня тревоги; показатель в 25–40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15–25 баллов — признак среднего (с тенденцией к высокому) уровня тревоги; показатель в диапазоне от 0 до 5 баллов характеризует низкий уровень тревоги.

ОТВЕТЫ НА КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ)

Часть 1
Основы общей психологии

Глава 1. Введение в психологию

1) ❷; 2) ❷; 3) ❸; 4) ❹; 5) ❸; 6) ❶; 7) ❸; 8) ❹; 9) ❸; 10) ❸; 11) ❸.

Глава 2. Психические процессы

1) ❸; 2) ❹; 3) ❷; 4) ❷; 5) ❷; 6) ❷; 7) ❸; 8) ❷; 9) ❸; 10) ❶; 11) ❹; 12) ❷; 13) ❷; 14) ❷; 15) ❸; 16) ❷; 17) ❸; 18) ❷.

Глава 3. Психические состояния

1) ❸; 2) ❸; 3) ❷; 4) ❷.

Глава 4. Личность и индивидуальность

1) ❸; 2) ❸; 3) ❹; 4) ❷; 5) ❸; 6) ❹; 7) ❸; 8) ❷; 9) ❸; 10) ❷; 11) ❷; 12) ❷; 13) ❶; 14) ❹.

Часть 2
Основы социальной психологии

Глава 5. Социальная психология как наука, ее структура и история становления

1) ❷; 2) ❹; 3) ❶.

Глава 6. Методы социальной психологии

1) ❷; 2) ❷; 3) ❶; 4) ❸.

Глава 7. Социальная психология личности

1) ❸; 2) ❷; 3) ❸; 4) ❷; 5) ❷; 6) ❹; 7) ❷; 8) ❸.

Глава 8. Социальная психология групп

1) ❸; 2) ❸; 3) ❸; 4) ❷; 5) ❸; 6) ❷; 7) ❶.

Глава 9. Социальная психология общения

1) ❸; 2) ❸; 3) ❹.

Часть 3
Клиническая психология

Глава 10. Становление и развитие клинической психологии

1) ❸; 2) ❷; 3) ❹; 4) ❶; 5) ❸; 6) ❹; 7) ❸; 8) ❷; 9) ❸; 10) ❸.

Глава 11. Теоретико-методологические основы клинической психологии

1) ❷; 2) ❸; 3) ❸; 4) ❸; 5) ❷; 6) ❷; 7) ❸.

Глава 12. Нейропсихология

1) ❷; 2) ❸; 3) ❸; 4) ❷; 5) ❹; 6) ❷; 7) ❷; 8) ❹; 9) ❹; 10) ❶; 11) ❸; 12) ❶; 13) ❶; 14) ❹; 15) ❸; 16) ❹; 17) ❷; 18) ❷; 19) ❹; 20) ❹; 21) ❹; 22) ❸; 23) ❷; 24) ❹; 25) ❶; 26) ❶; 27) ❶; 28) ❷; 29) ❷; 30) ❸; 31) ❶; 32) ❶; 33) ❷; 34) ❶.

Глава 13. Патопсихология

1) ❷; 2) ❷; 3) ❸; 4) ❹; 5) ❹; 6) ❹; 7) ❷; 8) ❸.

Глава 14. Основы психосоматики

1) ❹; 2) ❹; 3) ❸; 4) ❸; 5) ❸; 6) ❸; 7) ❹; 8) ❸; 9) ❸; 10) ❹.

Глава 15. Психология аномального развития

1) ❷; 2) ❶; 3) ❸; 4) ❶; 5) ❸; 6) ❷; 7) ❷; 8) ❷; 9) ❶; 10) ❶; 11) ❸; 12) ❸.

Глава 16. Психология отклоняющегося поведения

1) ❶; 2) ❷; 3) ❸; 4) ❷; 5) ❸; 6) ❶; 7) ❷.

Глава 17. Основы психологического воздействия в клинике

1) ❸; 2) ❷; 3) ❹; 4) ❷; 5) ❷; 6) ❷; 7) ❷; 8) ❸; 9) ❷; 10) ❹; 11) ❸; 12) ❸; 13) ❶; 14) ❸; 15) ❸; 16) ❶; 17) ❹; 18) ❷; 19) ❶; 20) ❶; 21) ❸; 22) ❷; 23) ❷; 24) ❸; 25) ❸; 26) ❷; 27) ❸; 28) ❹; 29) ❷; 30) ❸; 31) ❸.

Глава 18. Психологическое сопровождение диагностического и терапевтического процесса

1) ❸; 2) ❷; 3) ❶; 4) ❷; 5) ❹; 6) ❷; 7) ❶; 8) ❹; 9) ❸; 10) ❶; 11) ❶; 12) ❹; 13) ❷; 14) ❹; 15) ❸; 16) ❹; 17) ❸; 18) ❷; 19) ❸; 20) ❶; 21) ❷; 22) ❶; 23) ❸; 24) ❶; 25) ❸; 26) ❹; 27) ❷; 28) ❹; 29) ❸; 30) ❶; 31) ❷; 32) ❷; 33) ❶; 34) ❶; 35) ❷; 36) ❸; 37) ❶; 38) ❹.

Глава 19. Клиническая психология в экспертной практике

1) ❹; 2) ❷; 3) ❶.

Глава 20. Организационные аспекты деятельности клинического психолога

1) ❹; 2) ❸; 3) ❶; 4) ❹; 5) ❸.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. — СПб., 1998.

Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М., 2000.

Александров А. А. Интегративная психотерапия. — СПб., 2009.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М., 1999.

Альтшуллер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994.

Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. — Л., 1969.

Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. — СПб., 1998.

Бизюк А. П. Основы нейропсихологии. — СПб., 2001.

Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. — Ростов-на-Дону, 1996.

Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., 1988.

Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — СПб., 1999.

Васильева Н. В., Горьковая И. А. Судебная экспертиза и ее клинико-психологические основания. — СПб., 1997.

Василюк Ф. Е. Психотехника переживаниия. — М., 1990.

Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб., 1997.

Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. — СПб.: Филологический факультет СПБГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М., 1960.

Гиндикин В. Я., Семке В. Я. Соматика и психика. — М., 1998.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 1986.

Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб., 1999.

Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб., 1996.

Исурина Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции. В кн.: М. М. Кабанова и др. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983. С. 231–254.

Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб., 1998.

Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983.

Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья. — М., 2009.

Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — Л., 1982.

Корсакова К. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. — М., 1988.

Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. — М., 1991.

Кудрявцев И. А. Комплексная судебно-психолого-психиатрическая экспертиза. — М., 1996.

Кулаков С. А. Психосоматика. — СПб., 2010.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М., 1985.

Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М., 1977.

Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — Л., 1983.

Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М., 2000.

Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб., 2000.

Майерс Д. Социальная психология. — СПб., 1997.

Марковская И. Ф. Задержки психического развития: Клиническая и нейропсихологическая диагностика. — М., 1993.

Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. — М., 1998.

Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М., 1994.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.

Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.

Носачев Г. Н., Романов Д. В. Основы патопсихологии: Учебное пособие для студентов психологических факультетов. — Самара, 2004.

Парыгин Б. Д. Социальная психология. — СПб., 1999.

Петровский А. В. История советской психологии. — М., 1967.

Практикум по патопсихологии / Под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Николаевой, В. В. Лебединского. — М., 1987.

Практикум по социальной психологии / Под ред. Э. Пайнс и др. — СПб., 2000.

Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Под ред. К. П. Кискера и др. — М., 1999.

Психосоматическая проблема: психологический аспект / Под ред. Ю. Ф. Полякова, В. В. Николаевой. — М., 1992.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 2006.

Робер М.-А., Тильман Ф. Психология индивида и группы. — М., 1986.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — СПб., 1998.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — СПб., 1998.

Свенцицкий А. Л. Социальная психология: Учебник. — М., 2009.

Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию: В 2 т. — М.; Екатеринбург, 2000.

Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М., 1985.

Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных нервно-психических и соматических заболеваниях. — М., 1995.

Соловьева С. Л. Психологическая коррекция агрессивных тенденций больных гипертонической болезнью: Пособие для врачей. — СПб, 2001.

Сложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. — М., 1997.

Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М., 1989.

Холмогорова А. Б. Клиническая психология: В 4 т. Т. 1: Общая патопсихология. — М.: Академия, 2009.

Хомская Е. Д. Нейропсихология. — М., 1987.

Худик В. А. Детская патопсихология. — Киев, 1997.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — СПб., 2000.

Цветкова Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. — М.; Воронеж, 2000.

Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. — М., 2000.

Шульц Д., Шульц С. Э. История современной психологии. — СПб., 1998.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб., 1999.

Ялом И. Групповая психотерапия. — СПб., 2000.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебник для вузов

4-е издание, переработанное и дополненное

Под редакцией Б. Д. Карвасарского

Заведующий редакцией	*П. Алесов*
Ведущий редактор	*О. Кувакина*
Выпускающий редактор	*Е. Маслова*
Литературный редактор	*Е. Цветкова*
Художник	*Л. Адуевская*
Корректоры	*М. Одинокова, Н. Сулейманова*
Верстка	*А. Полянский*

Подписано в печать 12.04.11. Формат 70×100/16. Усл. п. л. 69,66.
Тираж 1500. Заказ 63.30.

ООО «Мир книг», 198206, Санкт-Петербург, Петергофское шоссе, 73, лит. А29.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93,
том 2; 95 3005 — литература учебная.

Отпечатано по технологии CtP в ООО «СЗПД». Гатчина, ул. Железнодорожная, 45б.



УВАЖАЕМЫЕ ГОСПОДА!
КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР»
ВЫ МОЖЕТЕ ПРИОБРЕСТИ
ОПТОМ И В РОЗНИЦУ У НАШИХ
РЕГИОНАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ.

ДАЛЬНИЙ ВОСТОК

Владивосток
«Приморский торговый дом книги»
тел./факс (4232) 23-82-12
e-mail: bookbase@mail.primorye.ru

Хабаровск, «Деловая книга», ул. Путевая, д. 1а
тел. (4212) 36-06-65, 33-95-31
e-mail: dkniga@mail.kht.ru

Хабаровск, «Книжный мир»
тел. (4212) 32-85-51, факс (4212) 32-82-50
e-mail: postmaster@worldbooks.kht.ru

Хабаровск, «Мирс»
тел. (4212) 39-49-60
e-mail: zakaz@booksmirs.ru

ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕГИОНЫ РОССИИ

Архангельск, «Дом книги», пл. Ленина, д. 3
тел. (8182) 65-41-34, 65-38-79
e-mail: marketing@avfkniga.ru

Воронеж, «Амиталь», пл. Ленина, д. 4
тел. (4732) 26-77-77
http://www.amital.ru

Калининград, «Вестер»,
сеть магазинов «Книги и книжечки»
тел./факс (4012) 21-56-28, 6 5-65-68
e-mail: nshibkova@vester.ru
http://www.vester.ru

Самара, «Чакона», ТЦ «Фрегат»
Московское шоссе, д.15
тел. (846) 331-22-33
e-mail: chaconne@chaccone.ru

Саратов, «Читающий Саратов»
пр. Революции, д. 58
тел. (4732) 51-28-93, 47-00-81
e-mail: manager@kmsvrn.ru

СЕВЕРНЫЙ КАВКАЗ

Ессентуки, «Россы», ул. Октябрьская, 424
тел./факс (87934) 6-93-09
e-mail: rossy@kmw.ru

СИБИРЬ

Иркутск, «ПродаЛитЪ»
тел. (3952) 20-09-17, 24-17-77
e-mail: prodalit@irk.ru
http://www.prodalit.irk.ru

Иркутск, «Светлана»
тел./факс (3952) 25-25-90
e-mail: kkcbooks@bk.ru
http://www.kkcbooks.ru

Красноярск, «Книжный мир»
пр. Мира, д. 86
тел./факс (3912) 27-39-71
e-mail: book-world@public.krasnet.ru

Новосибирск, «Топ-книга»
тел. (383) 336-10-26
факс (383) 336-10-27
e-mail: office@top-kniga.ru
http://www.top-kniga.ru

ТАТАРСТАН

Казань, «Таис»,
сеть магазинов «Дом книги»
тел. (843) 272-34-55
e-mail: tais@bancorp.ru

УРАЛ

Екатеринбург, ООО «Дом книги»
ул. Антона Валека, д. 12
тел./факс (343) 358-18-98, 358-14-84
e-mail: domknigi@k66.ru

Челябинск, ТД «Эврика»
ул. Барбюса, д. 61
тел./факс (351) 256-93-60
e-mail: evrika@bookmagazin.ru
http://www.bookmagazin.ru

Челябинск, ООО «ИнтерСервис ЛТД»
ул. Артиллерийская, д. 124
тел. (351)247-74-03, 247-74-09,
247-74-16
e-mail: zakup@intser.ru
http://www.fkniga.ru, www.intser.ru



ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР»
предлагают эксклюзивный ассортимент компьютерной, медицинской, психологической, экономической и популярной литературы

РОССИЯ

Санкт-Петербург м. «Выборгская», Б. Сампсониевский пр., д. 29а
тел./факс: (812) 703-73-73, 703-73-72; e-mail: sales@piter.com

Москва м. «Электрозаводская», Семеновская наб., д. 2/1, корп. 1, 6-й этаж
тел./факс: (495) 234-38-15, 974-34-50; e-mail: sales@msk.piter.com

Воронеж Ленинский пр., д. 169; тел./факс: (4732) 39-61-70
e-mail: piterctr@comch.ru

Екатеринбург ул. Бебеля, д. 11а; тел./факс: (343) 378-98-41, 378-98-42
e-mail: office@ekat.piter.com

Нижний Новгород ул. Совхозная, д. 13; тел.: (8312) 41-27-31
e-mail: office@nnov.piter.com

Новосибирск ул. Станционная, д. 36; тел.: (383) 363-01-14
факс: (383) 350-19-79; e-mail: sib@nsk.piter.com

Ростов-на-Дону ул. Ульяновская, д. 26; тел.: (863) 269-91-22, 269-91-30
e-mail: piter-ug@rostov.piter.com

Самара ул. Молодогвардейская, д. 33а; офис 223; тел.: (846) 277-89-79
e-mail: pitvolga@samtel.ru

УКРАИНА

Харьков ул. Суздальские ряды, д. 12, офис 10; тел.: (1038057) 751-10-02
758-41-45; факс: (1038057) 712-27-05; e-mail: piter@kharkov.piter.com

Киев Московский пр., д. 6, корп. 1, офис 33; тел.: (1038044) 490-35-69
факс: (1038044) 490-35-68; e-mail: office@kiev.piter.com

БЕЛАРУСЬ

Минск ул. Притыцкого, д. 34, офис 2; тел./факс: (1037517) 201-48-77
e-mail: gv@minsk.piter.com

Ищем зарубежных партнеров или посредников, имеющих выход на зарубежный рынок.
Телефон для связи: **(812) 703-73-73. E-mail:** fuganov@piter.com

---

Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству авторов. Обращайтесь по телефонам: **Санкт-Петербург** – **(812) 703-73-72**, **Москва** – **(495) 974-34-50**

Заказ книг для вузов и библиотек по тел.: (812) 703-73-73.
Специальное предложение – e-mail: kozin@piter.com

Заказ книг по почте: на сайте **www.piter.com**; по тел.: (812) 703-73-74
по ICQ 413763617